



GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA  
PERATURAN GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA  
NOMOR 15 TAHUN 2016  
TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT KHUSUS PARU RESPIRA  
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

- Menimbang : a. bahwa dalam upaya menjamin dan meningkatkan kualitas pelayanan dasar kepada publik di bidang pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta, perlu disusun Standar Pelayanan Minimal;
- b. bahwa Standar Pelayanan Minimal merupakan Pedoman bagi Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta dalam memberikan pelayanan minimum kepada publik;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Khusus Paru Respira;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 3), sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1955 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 3 Jo. Nomor 19 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1955 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 827);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2012 tentang Keistimewaan Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 170, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5339);
5. 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 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);

6. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 1950 tentang Berlakunya Undang-Undang Nomor 2, 3, 10 dan 11 Tahun 1950 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 58);
7. 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);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
9. 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 4502);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan Daerah;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

#### MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT KHUSUS PARU RESPIRA.

#### BAB I KETENTUAN UMUM

##### Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Pemerintah Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta.
2. Pemerintah Daerah adalah Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah.
3. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta.
4. Kepala Rumah Sakit adalah Kepala Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta.
5. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta kepada masyarakat yang meliputi Pelayanan Medik, Pelayanan Penunjang Medik, Pelayanan Keperawatan, dan Pelayanan Administrasi Manajemen.
6. Standar Pelayanan Minimal atau disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.

7. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
8. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
9. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah 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 efisien dan produktifitas.
10. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK- BLUD adalah Pola 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 daerah pada umumnya.
11. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
12. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
13. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standard yang telah ditetapkan sebelumnya.
14. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
15. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
16. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
17. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
18. Pembilang (*numerator*) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
19. Penyebut (*denominator*) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
20. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
21. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II  
MAKSUD DAN TUJUAN  
Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk pedoman bagi Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

### BAB III

#### JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, NILAI, BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

##### Bagian Kesatu

##### Jenis Pelayanan

##### Pasal 3

- (1) Rumah Sakit mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (*kuratif*), pemulihan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (*preventif*), peningkatan (*promotif*) serta upaya rujukan.
- (2) Jenis pelayanan untuk Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta meliputi :
1. Pelayanan gawat darurat;
  2. Pelayanan rawat jalan;
  3. Pelayanan rawat inap;
  4. Pelayanan radiologi;
  5. Pelayanan laboratorium patologi klinik;
  6. Pelayanan rehabilitasi medik;
  7. Pelayanan farmasi;
  8. Pelayanan gizi;
  9. Pelayanan rekam medis;
  10. Pengelolaan limbah;
  11. Pelayanan administrasi manajemen;
  12. Pelayanan ambulance/kereta jenazah;
  13. Pelayanan pemulasaraan jenazah;
  14. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
  15. Pelayanan laundry; dan
  16. Pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi.

##### Bagian Kedua

##### Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian

##### Pasal 4

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

### BAB IV

#### PELAKSANAAN

##### Pasal 5

- (1) Rumah Sakit yang menerapkan PPK-BLUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Gubernur ini.
- (2) Kepala Rumah Sakit atau Pimpinan Rumah Sakit bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Gubernur ini.

- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## BAB V

### PENERAPAN

#### Pasal 6

- (1) Kepala Rumah Sakit atau Pimpinan Rumah Sakit menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen Rumah Sakit menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

## BAB VI

### PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

#### Bagian Kesatu

##### Pembinaan

#### Pasal 7

- (1) Pembinaan Rumah Sakit yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup :
  - a). Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
  - b). Penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
  - c). Penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal; dan
  - d). Pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

#### Bagian Kedua

##### Pengawasan

#### Pasal 8

- (1) Pengawasan Operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Kepala Rumah Sakit atau Pimpinan Rumah Sakit.

#### Pasal 9

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen Rumah Sakit yang menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

#### Pasal 10

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah orang yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Rumah Sakit.

#### Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional Rumah Sakit yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran.

### BAB VII

#### KETENTUAN PENUTUP

#### Pasal 12

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Daerah Istimewa Yogyakarta.

Ditetapkan di Yogyakarta  
pada tanggal 18 Maret 2016

GUBERNUR  
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd

HAMENGKU BUWONO X

Diundangkan di Yogyakarta  
pada tanggal 18 Maret 2016

SEKRETARIS DAERAH  
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd

ICHSANURI

BERITA DAERAH DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA TAHUN 2016 NOMOR 16

Salinan Sesuai Dengan Aslinya  
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd

DEWO ISNU BROTO I.S.  
NIP. 19640714 199102 1 001

LAMPIRAN  
PERATURAN GUBERNUR  
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA  
NOMOR 15 TAHUN 2016  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT KHUSUS PARU  
RESPIRA YOGYAKARTA

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT KHUSUS PARU RESPIRA  
YOGYAKARTA**

**A. Latar Belakang**

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H, ayat (1) Perubahan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan di Provinsi DIY merupakan bagian dari sumber daya kesehatan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaran pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal BAB I ayat 6 menyatakan: Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Ayat 7. Indikator SPM adalah tolok ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan.

Dalam penjelasan pasal 39 ayat 2 PP RI No 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan standar pelayanan minimal adalah tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah.

Agar dapat mengukur kinerja pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta , maka disusun Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta yang merupakan pedoman bagi seluruh karyawan dalam menyediakan pelayanan kepada masyarakat dengan indikator kinerja yang jelas.

## B. Maksud dan Tujuan

Standar pelayanan minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi karyawan Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta dalam menjalankan tugas pelayanan agar mencapai kinerja pelayanan yang diharapkan melalui perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung-jawaban penyelenggaraan pelayanan.

## C. Pengertian

### Umum:

1. **Standar Pelayanan Minimal:**  
adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan rumah sakit yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
2. **Rumah Sakit:**  
adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kurative dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

### Definisi Operasional:

1. **Jenis Pelayanan** adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
2. **Mutu Pelayanan** adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan
3. **Dimensi Mutu** adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
4. **Kinerja** adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
5. **Indikator Kinerja** adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif / kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
6. **Target kinerja** adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
7. **Batas waktu pencapaian** adalah batas waktu target kinerja yang ditetapkan akan dicapai
8. **Definisi operasional:** dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator



9. **Frekuensi pengumpulan data** adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator
10. **Periode analisis** adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan
11. **Pembilang (numerator)** adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja
12. **Penyebut (denominator)** adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja
13. **Sumber data** adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan

#### **D. Prinsip Penyusunan dan Penetapan SPM**

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

1. **Konsensus**, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan departemen terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusun;
2. **Sederhana**, SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami;
3. **Nyata**, SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis;
4. **Terukur**, seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif maupun kuantitatif;
5. **Terbuka**, SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat;
6. **Terjangkau**, SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia;
7. **Akuntabel**, SPM dapat dipertanggung gugatkan kepada publik;
8. **Bertahap**, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM

#### **E. Landasan hukum:**

1. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan,
2. Undang-Undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit,
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal,
4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal ;
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan Daerah;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

10. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum,
11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah,
12. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik,

## **BAB II**

### **SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT**

Sistematika dokumen SPM disusun dalam bentuk :

1. Bab I Pendahuluan yang terdiri dari;
  - a. Latar Belakang
  - b. Maksud dan tujuan
  - c. Pengertian umum dan khusus
  - d. Prinsip Penyusunan dan Penetapan SPM
  - e. Landasan Hukum
2. Bab II Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal Rumahsakit
3. Bab III standar Pelayanan Minimal Rumahsakit terdiri dari;
  - a. Jenis Pelayanan
  - b. SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar
4. Penutup
5. Lampiran

## **BAB III**

### **STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT KHUSUS PARU RESPIRA**

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Khusus dalam pedoman ini meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit. Standar Pelayanan Minimal dalam pedoman ini harus dapat dicapai paling lambat 5 tahun setelah Standar Pelayanan Minimal ini ditetapkan.

#### **A. Jenis-jenis pelayanan rumah sakit**

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

1. Pelayanan gawat darurat
2. Pelayanan rawat jalan
3. Pelayanan rawat inap
4. Pelayanan radiologi
5. Pelayanan laboratorium patologi klinik
6. Pelayanan rehabilitasi medik
7. Pelayanan farmasi
8. Pelayanan gizi
9. Pelayanan rekam medis
10. Pengelolaan limbah
11. Pelayanan administrasi manajemen
12. Pelayanan ambulans/kereta jenazah
13. Pelayanan pemulasaraan jenazah
14. Pelayanan laundry
15. Pelayanan pemeliharaan sarana rumahsakit
16. Pencegahan Pengendalian Infeksi

**B. SPM Setiap Jenis Pelayanan, Indikator dan Standar**

No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN					Penanggung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat	
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam		
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat dan masih berlaku ATLS / BTLS / ACLS / PPGD	100%	87,5 %	100 %	100 %	100%	100%	100%		
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	Belum Ada	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim		
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit		
		6. Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	Belum ada data	70%	75%	80%	85%	85%		
		7. Kematian pasien ≤ 24 Jam (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ 2‰	3 ‰	2.5 ‰	2 ‰	1,5 ‰	1,5 ‰	1 ‰		
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
2.	Rawat Jalan	1. Ketersediaan Pelayanan	1. Peny. Paru 2. Peny. Dalam 3. Kesh. Anak	1. Peny. Paru 2. Peny. Dalam	1. Peny. Paru 2. Peny. Dalam	1. 2 Peny. Paru 2. Peny. Dalam	1. 2 Peny. Paru 2. Peny. Dalam 3.Kes.Ana	1. 3 Peny. Paru 2. Peny. Dalam 3.Kes	1. Peny. Paru 2. Peny. Dalam 3.Kes.Ana k	Kepala Instalasi Rawat Jalan	





No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN					Penanggung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
		5. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
		6. Jam Visite Dokter Spesialis 08.00 s/d 14.00	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%	100%		
		7. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9 %	7 %	5 %	4 %	3 %	2 %	1 %		
		8. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
		9. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
		10. Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%	90 %	95 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
		11. Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	0,8 %	0,7 %	0,6 %	0,5 %	0.5 %	0.5 %		
		12. Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	0,3 %	0,25 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %		
		13. Kepuasan pasien	≥ 90 %	Belum tersedia data	75 %	80 %	85 %	90 %	90 %		
4	Radiologi	1. Pemberi pelayanan radiologi	Dokter spesialis radiologi (1), Radiografer (min 1)	1 Dokter Spesialis Radiologi, 4 Radiografer	1 Dokter Spesialis Radiologi, 6 Radiografer	1 Dokter Spesialis Radiologi, 6 Radiografer	1 Dokter Spesialis Radiologi, 6 Radiografer	1 Dokter Spesialis Radiologi, 6 Radiografer	1 Dokter Spesialis Radiologi, 6 Radiografer	Kepala Instalasi Radiologi	



No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN					Penanggung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
		2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	X-Ray dengan Fluorosc opy Mobile X-Ray (100 mA) Automatic Film Processor USG	<b>X-Ray dengan Fluoroscopy Mobile X-Ray (100 mA) Automatic Film Processor USG</b>	+CR	+Bronkopskopi + USG Dopler	+CT Scan				
		3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam	<b>2 jam</b>	1,5 jam	1,5 jam	1,5 jam	1,5 jam	1,5 jam		
		4. Kerusakan foto	≤ 2 %	<b>1 %</b>	1 %	1 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %		
		5. Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100 %	<b>100 %</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
		6. Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Dr Sp radiologi	<b>90 %</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100%		
		7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	<b>Belum ada data</b>	70 %	75 %	80 %	80 %	85 %		
5	Lab. Patologi Klinik	1. Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	2 tenaga Ahli madya Analisis Kesehata	<b>2 D IV 1 D III 1 AAK</b>	2 D IV 2 D III 1 AAK	2 D IV 2 D III 1 AAK	2 D IV 2 D III 1 AAK, 1 dokter spesialis	2 D IV 2 D III 1 AAK, 1 dokter spesialis	2 D IV 2 D III 1 AAK, 1 dokter spesialis	Kepala Instalasi Lab Patologi Klinik	

No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN					Penanggung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
			n				Patologi Klinik	Patologi Klinik	Patologi Klinik		
		2. Fasilitas dan peralatan laboratorium patologi klinik	Tersedia ruang laboratorium hematologi analyser, 2 binocular microscope, sentrifuge, incubator aerob, autoclave, biosafety cabinet class II, parameter, inspirator, refrigrator, rak tabung	<b>Parameter dan inspisator blm ada</b>	Parameter dan inspisator blm ada	Parameter dan inspisator blm ada	Tersedia	Tersedia	Tersedia		



No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN					Penanggung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
			pemeriksaan mikroskopis tuberculos is								
		6. Tidak Adanya Kesalahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	98%	99%	99%	100%	100%	100%		
		7. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Adanya Dokter Sp. PK 100%	Belum ada	Belum ada	Belum ada	100 %	100 %	100 %		
		8. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%	98 %	98 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
		9. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Belum ada data	80%	82%	85%	87%	90%		
6	Rehabilitasi Medik/ Fisioterapi	1. Pemberi pelayanan fisioterapi	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit 2 fisioterapis	1 Fisioterapis	3 Fisioterapis	3 Fisioterapis	3 Fisioterapis	4 Fisioterapis, 1 dokter spesialis rehabilitasi medis	4 Fisioterapis, 1 dokter spesialis rehabilitasi medis	Kepala Instalasi Rawat Jalan	

No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN					Penanggung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
		2. Fasilitas dan peralatan fisioterapi	Exercise s Treadmill Static Bicycle / Ergocycle Shortwave Diathermy Infrared Nebulizer	<b>Tersedia</b>	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia		
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	<b>95%</b>	100%	100%	100%	100%	100%		
		4. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50%	<b>55%</b>	45%	45%	40%	38%	30%		
		5. Kepuasan Pelanggan	≥80%	<b>85%</b>	90%	90%	92%	92%	95%		
7	Farmasi	1. Pemberi pelayanan farmasi	5 tenaga apoteker, 5 tenaga asisten apoteker dan 3 tenaga administr	<b>1 tenaga apoteker, 2 tenaga asisten apoteker</b>	2 tenaga apoteker, 3 tenaga asisten apoteker, 1 tenaga	3 tenaga apoteker, 4 tenaga asisten apoteker, 2 tenaga	5 tenaga apoteker, 5 tenaga asisten apoteker, 3 tenaga	5 tenaga apoteker, 5 tenaga asisten apoteker, 3 tenaga	5 tenaga apoteker, 5 tenaga asisten apoteker, 3 tenaga	Kepala Instalasi Farmasi	

No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN					Penanggung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
			asi		administrasi	administrasi	tenaga administrasi	administrasi	administrasi		
		2. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Ruang farmasi, rak obat, lemari narkotika, lemari psikotropika, 2 set medicine packing system, 1 set alat puyer manual, 4 buah alat pengapsul, AC	<b>Ruang farmasi, rak obat, lemari narkotika, 1 set medicine packing system, 1 set alat puyer manual, AC</b>	Ruang farmasi, rak obat, lemari narkotika, lemari psikotropika, 1 set medicine packing system, 1 set alat puyer manual, 2 buah alat pengapsul, AC	Ruang farmasi, rak obat, lemari narkotika, lemari psikotropika, 2 set medicine packing system, 1 set alat puyer manual, 4 buah alat pengapsul, AC	Ruang farmasi, rak obat, lemari narkotika, lemari psikotropika, 2 set medicine packing system, 1 set alat puyer manual, 4 buah alat pengapsul, AC	Ruang farmasi, rak obat, lemari narkotika, lemari psikotropika, 2 set medicine packing system, 1 set alat puyer manual, 4 buah alat pengapsul, AC	Ruang farmasi, rak obat, lemari narkotika, lemari psikotropika, 2 set medicine packing system, 1 set alat puyer manual, 4 buah alat pengapsul, AC		
		3. Ketersediaan formularium	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun	<b>Tersedia dan updated paling lama 3 tahun</b>	Tersedia	Update formularium	Tersedia	Tersedia	Update formularium		

No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN					Penanggung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
		4. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	<b>22 menit</b>	37 menit	32 menit	30 menit	27 menit	25 menit		
		5. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	<b>66 menit</b>	66 menit	64 menit	62 menit	60 menit	58 menit		
		6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	<b>100%</b>	100%	100%	100%	100%	100%		
		7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	<b>Belum ada data</b>	70 %	75 %	80 %	80 %	80 %		
8	Gizi	1. Pemberi pelayanan gizi	Sesuai Standar RS ( 2 AKZI/ SPAG )	<b>1 AKZI, 1 S Gz</b>	<b>1 AKZI, 1 S Gz</b>	<b>1 AKZI, 2 S Gz</b>	<b>1 AKZI, 2 S Gz</b>	<b>1 AKZI, 2 S Gz</b>	<b>1 AKZI, 2 S Gz</b>	Kepala Instalasi Gizi	
		2. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Tersedia	<b>Tersedia</b>	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia		
		3. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	<b>80%</b>	85%	90%	95 %	100 %	100 %		
		4. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	<b>15%</b>	15%	12%	10%	8%	8%		
		5. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	<b>80%</b>	90%	95%	100 %	100%	100%		
		6. Kepuasan pelanggan	≥80 %	<b>Belum ada data</b>	75%	80%	80%	85%	85%		

No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN					Penanggung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
9	Rekam Medik	1. Pemberi pelayanan rekam medik	7 Tenaga Ahli Madya Rekam Medik	3 D III 1 SMA	4 DIII 1 SMA	5 DIII 1 SMA	7 DIII 1 SMA	7 DIII 1 SMA	7 DIII 1 SMA	Kepala Instalasi Rekam Medis	
		2. Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan	≤ 10 menit	15 menit	10 menit	10 menit	10 menit	9 menit	9 menit		
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	20 menit	15 menit	15 menit	15 menit	10 menit	10 menit		
		4. Pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan 1 x 24 jam	100 %	60 %	75%	85%	100%	100%	100%		
		5. Pengembalian dokumen rekam medis rawat inap 2 x 24 jam	100 %	50%	75%	85%	100%	100%	100%		
		6. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	60%	70 %	90%	100%	100%	100%		
		7. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	80 %	90 %	100%	100%	100%	100%		
		8. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	75%	78%	80%	80 %	85 %	85%		





No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN					Penanggung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
			c.TSS < 30 mg/l d.PH 6-9								
11	Administrasi dan Manajemen	1. Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	≥ 90 %	<b>80%</b>	80%	85%	90%	95%	100%	Kepala Sub Bagian Umum	
		2. Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	<b>Ada</b>	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada		
		3. Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	<b>Ada</b>	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada		
		4. Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	<b>Ada</b>	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada		
		5. Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	<b>Ada</b>	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada		
		6. Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	<b>Ada</b>	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada		
		7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	<b>80%</b>	85%	90%	95%	100%	100%		
		8. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	<b>90%</b>	95%	100%	100%	100%	100%		
		9. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	<b>100%</b>	100%	100%	100%	100%	100%		
		10. Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90 %	<b>85 %</b>	90%	93 %	95 %	97 %	100%		



No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN					Penanggung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
		4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	45 menit	40 menit	35 menit	30menit	25 menit	20 menit		
		5. Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit (DO mulai masyarakat meminta sampai dengan ambulan berangkat dari RS)	Belum tersedia data	35 menit	30menit	25 menit	20 menit	20 menit		
		6. Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %		
		7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Belum tersedia data	70 %	75 %	80 %	80 %	85 %		
13	Pemulasaraan	1. Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah	24 jam	Belum tersedia	Belum tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kepala Instalasi	

No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN					Penanggung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
	Jenazah	2. Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai persyaratan kelas rumah sakit	Belum tersedia	Belum tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Rawat Inap	
		3. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	Belum Ada	Belum Ada	Ada	Ada	Ada	Ada		
		4. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤15 menit setelah di kamar jenazah	Belum tersedia	Belum tersedia	30 menit	25 menit	15 menit	15 menit		
		5. Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution	100 %	Belum tersedia	Belum tersedia	100 %	100 %	100 %	100 %		
		6. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100 %	Belum tersedia	Belum tersedia	100 %	100 %	100 %	100 %		
		7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Belum tersedia	Belum tersedia	70 %	75 %	80 %	85 %		
14	Pelayanan	1. Adanya Penanggung Jawab IPSRS	SK direktur	Belum ada	ada	ada	ada	ada	ada	Kepala Instalasi	

No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN					Penanggung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
	pemeliharaan sarana rumah sakit	2. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	Belum Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	IPSR	
		3. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 80%	30%	50%	60%	70%	80%	90%		
		4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	40%	50%	60%	80%	90%	100%		
		5. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	30%	40%	60%	70%	85%	100%		
15	Pelayanan laundry	1. Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kaur Rumah Tangga	
2. Adanya Penanggung jawab pelayanan laundry		Ada SK Direktur	Belum ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada			
3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry		Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia			
4. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan		100 %	75 %	80 %	90 %	100 %	100 %	100%			
5. Ketepatan pengelolaan linen infeksius		100 %	50 %	75 %	90 %	100 %	100 %	100 %			
6. Ketersediaan linen		2,5 - 3 set x	2 set x jml TT	2,5 set x jml TT	3 set x jml TT	3 set x jml TT	3 set x jml TT	3 set x jml TT			

No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN					Penanggung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
			jumlah tempat tidur								
16	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1. Adanyanggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%	30 %	60 %	75 %	75 %	100 %	100 %	Ketua Tim PPI	
		2. Ketersediaan APD di setiap instalasi/departemen	≥60 %	40 %	50 %	60 %	65 %	65 %	70 %		
		3. Rencana program PPI	Ada	Ada	ada	ada	ada	ada	ada		
		4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100 %	50 %	75 %	90 %	100 %	100 %	100 %		
		5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100 %	80 %	90 %	95 %	100 %	100 %	100 %		
		6. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/health care associated infection (HAI) di rumahsakit.	≥ 75%	Belum ada	50 %	65 %	75%	80 %	80 %		

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah provinsi dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian mengingat kondisi di Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta terkait dengan sumber daya yang masih terbatas, maka pelaksanaan SPM akan dilakukan secara bertahap. Oleh karena itu pencapaian standar SPM Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta ditetapkan mulai tahun 2015 sampai dengan tahun 2019 sesuai dengan kondisi/perkembangan kapasitas rumah sakit dengan acuan hasil evaluasi SPM tahun 2014. Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit Khusus Paru Respira Yogyakarta. Standar Pelayanan Minimal ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Hal-hal lain yang belum tercantum dalam Buku SPM ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan ketentuan yang berlaku.



## Uraian Standar Pelayanan Minimal

### I. Pelayanan gawat Darurat

#### 1. Kemampuan Menangani Life Saving Anak Dan Dewasa.

Judul	<b>Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di gawat darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke gawat darurat yang membutuhkan pelayanan life saving
Sumber data	Rekam medis di gawat darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### 2. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang Bersertifikat

Judul	<b>Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten adalah tenaga pemberi pelayanan gawat darurat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap enam bulan
Periode Analisa	Satu tahun sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### 3. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	<b>Ketersediaan tim penanggulangan bencana</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumahsakit untuk memberikan pelayanan penanggulanga bencana

Definisi Operasion	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumahsakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam dan Kejadian Luar Biasa bidang kesehatan.
Frekuensi Pengumpulan Dat	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumahsakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### 4. **Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat**

Judul	<b>Jam buka pelayanan Gawat Darurat</b>
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 hari buka IGD 24 jam dalam sebulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### 5. **Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat**

Judul	<b>Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien yang dalam kondisi gawat darurat datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang gawat darurat di sampling secara acak sampai dilayani dokter

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber data	Laporan Respon Time Instalasi Gawat Darurat
Standar	≤ 5 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### 6. Tidak Adanya Kebutuhan Membayar Uang Muka

Judul	<b>Tidak Adanya Kebutuhan Untuk Membayar Uang Muka</b>
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 rumahsakit 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	Laporan Pembayaran Kasir RS
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### 7. Kematian Pasien Di IGD

Judul	<b>Kematian Pasien ≤ 8 jam di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 8 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 8 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 8 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	≤2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 8. Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat</b>
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	Tiga Bulan sekali
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber data	Survey
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## II. Pelayanan Rawat jalan.

### 1. Ketersediaan Pelayanan

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Akses.
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit.
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah adanya pelayanan rawat jalan spesialis paru yang disediakan oleh rumah sakit Respira sesuai dengan klasifikasi rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan yang tersedia di rumah sakit yang sesuai dengan standar untuk Rumah sakit Paru Tipe C.
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik.
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit. (*RS paru Tipe C minimal memiliki 1 dokter spesialis paru dan 3 dokter umum, sesuai KMK no 340/2010)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

### 2. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis

Judul	<b>Pemberi pelayanan di klinik spesialis</b>
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.

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

### 3. Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan

Judul	<b>Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik dan non spesialistik pada hari kerja di Rumah Sakit.
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis maupun non spesialis (umum). Jam buka: senin – kamis: 08.00 s.d. 12.00, jum'at 08.00 s/d 10.00 Sabtu 08.00 s/d 11.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik maupun non spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dan non spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Buku Bantu.
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

### 4. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Judul	<b>Waktu Tunggu Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik maupun non spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah jumlah waktu yang diperlkan mulai pasien mendaftar sesuai jam pelayanan sampai dilayani oleh dokter.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat jalan yang disurvey.

Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey.
Sumber data	Lembar survey Pasien rawat jalan
Standar	≤60 menit.
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

#### 5. Penegakan Diagnosis Tuberculosis

Judul	<b>Penegakan Diagnosis Tuberculosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, Keselamatan.
Tujuan	Terdapat kepastian penegakan diagnosis tubercuolsis melalui pemeriksaan mikroskopis.
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis tuberculosis secara mikroskopis adalah penegakan diagnosis TB dengan ditemukannya mycobacterium tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kasus tuberculosis yang didiagnosis melalui pemeriksaan mikroskopis.
Denominator	Jumlah seluruh diagnosis tuberkulosis di RS.
Sumber data	Rekam medis pasien, register TB 03 UPK.
Standar	≥ 60%.
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

#### 6. Ketersediaan Pelayanan VCT

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan VCT</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan VCT di rumah sakit untuk pemeriksaan sukarela HIV/AIDS
Definisi Operasional	Pelayanan Voluntary Concelling and Testing adalah pelayanan di rumah sakit kepada masyarakat yang secara sukarela meminta untuk diberikan konseling dan pemeriksaan HIV/AIDS.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Adanya Pelayanan VCT
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Buku bantu Klinik VCT.
Standar	Tersedia dengan tenaga terlatih.

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan
---------------------------------	------------------------------

#### 7. Pereseapan Obat Sesuai Formularium

Judul	<b>Pereseapan Obat Sesuai Formularium</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium adalah daftar obat-obatan yang digunakan di rumah sakit Paru Respira
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (minimal 50 sampel)
Sumber data	Instalasi Farmasi
Standar	100%.
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

#### 8. Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit

Judul	<b>Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan layanan, keselamatan.
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit yang sesuai dengan standar program penanggulangan TB nasional.
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan TB adalah pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan di rumah sakit yang sesuai dengan pencatatan dan pelaporan pada standar program penanggulangan TB nasional.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan secara lengkap sesuai dengan standar program penanggulangan TB nasional.
Denominator	Jumlah seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit.
Sumber data	Register dan buku bantu di Pojok DOTS.
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

#### 9. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan</b>
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	6 bulan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber data	Survey
Standar	≥90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

### III. PELAYANAN RAWAT INAP

#### 1. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan klasifikasi rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap spesialis
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit (Permenkes No 340/2010)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

#### 2. Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
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	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

### 3. Tempat Tidur Dengan Pengaman

Judul	<b>Tempat tidur dengan pengaman</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh dari tempat tidur
Definisi Operasional	Pengaman adalah peralatan yang dipasang pada tempat tidur pasien agar tidak jatuh dari tempat tidur
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tempat tidur rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur rawat inap yang ada di rumah sakit
Sumber data	Daftar inventaris Barang
Standar	.100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

### 4. Kamar Mandi Dengan Pengaman

Judul	<b>Kamar Mandi Dengan Pengaman</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh di dalam kamar mandi
Definisi Operasional	Pengaman adalah pegangan tangan yang dipasang di kamar mandi untuk membantu pasien agar tidak jatuh di dalam kamar mandi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kamar mandi di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh kamar mandi yang ada di ruang rawat inap yang ada di rumah sakit
Sumber data	Inventarisasi Barang
Standar	100 %

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap
---------------------------------	-----------------------------

5. **Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap**

Judul	<b>Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medic
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

6. **Jam Visite Dokter Spesialis**

Judul	<b>Jam Visite Dokter Spesialis</b>
Dimensi Mutu	akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tegambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

### 7. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	<b>Angka Kejadian Infeksi Nosokomial</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumahsakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis'
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 9 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

### 8. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis, formulir Kejadian tidak diinginkan (KTD), lpaoran
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

### 9. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

Judul	<b>Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS</b>
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengeobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang

	diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap

#### 10. Pencatatan Dan Pelaporan Tb Di Rumah Sakit

Judul	<b>Pencatatan Dan Pelaporan TB Di Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan, keselamatan
Tujuan	Ketertiban pencatatan dan pelaporan tuberkulosis dalam mendukung epidemiologi tuberkulosis
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah Pencatatan dan pelaporan tuberculosis yang lengkap dan tepat waktu
Denominator	Jumlah seluruh pencatatan dan pelaporan tb
Sumber data	rekam medis pasien
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

#### 11. Kejadian Pulang Paksa

Judul	<b>Kejadian Pulang Paksa</b>
Dimensi mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumahsakit
Definisi operasional	pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis

Standar	≤5 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

## 12. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	<b>Kematian Pasien &gt; 48 Jam</b>
Dimensi mutu	keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk bangsal rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	≤ 0,24 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

## 13. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan Rawat Inap</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

## IV. RADIOLOGI

### 1. Pemberi Pelayanan Radiologi RS Respira Yogyakarta

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Radiologi RS Respira Yogyakarta</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Radiologi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan Radiologi adalah dokter spesialis radiologi dan radiographer sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis tenaga yang memberikan pelayanan radiologi
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi Radiologi
Standar	Dokter spesialis radiologi dan radiografer sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi
------------------	----------------------------

## 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Radiografi

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Radiografi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan radiografi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang radiografi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan radiografi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan radiografi
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris Instalasi Radiologi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

## 3. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax

Judul	<b>Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax</b>
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil foto thorax adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi pada saat jam kerja
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	Buku register pasien radiologi
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

## 4. Kerusakan Foto

Judul	<b>Kerusakan Foto</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kerusakan foto adalah foto hasil pemeriksaan yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	≤2 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

#### 5. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Label

<b>Judul</b>	<b>Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Label</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pelabelan foto
Definisi operasional	Kejadian kesalahan pemberian label meliputi kesalahan identitas dan/atau kesalahan penandaan kanan/kiri.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien di instalasi radiologi yang difoto dengan pelabelan benar
Denominator	jumlah pasien yang difoto dalam satu bulan
Sumber data	Poliklinik
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala instalasi radiologi

#### 6. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen

<b>Judul</b>	<b>Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli (radiolog) untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi roentgen adalah dokter spesialis radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto roentgen/hasil pemeriksaan radiology . Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantulkannya tanda tangan dokter spesialis radiology pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto roentgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiology dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto roentgen dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi radiology
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

#### 7. Kepuasan Pelanggan

<b>Judul</b>	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

## V. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

### 1. Pemberi Pelayanan Patologi Klinik

Judul	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Patologi Klinik oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik adalah dokter spesialis patologi klinik dan analis sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah tenaga yang memberikan pelayanan patologi klinik
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian
Standar	4 tenaga Ahlimadya Analisis Kesehatan
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

### 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Laboratorium Patologi Klinik

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Laboratorium Patologi Klinik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan patologi klinik
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan laboratorium adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laboratorium patologi klinik baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan laboratorium patologi klinik
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris Instalasi Laboratorium
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit (Tersedia ruang laboratorium, hematology analyser, 2 buah binocular microscop, sentrifuge, incubator aerob, autoclave, biosafety cabinet class II, parometer, inspirator, refrigrator, rak dan tabung LED, Hematology cell counter, Hb meter, pipet leukosit, pipet eritosit, bilik hitung, glucosa meter.)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

### 3. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium



Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium darah rutin, kimia darah, dan pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratoium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu jenis pemeriksa tertentu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Buku bantu pencatatan waktu pasien diambil sampel sampai waktu hasil keluar
Standar	≤ 140 menit , Pemeriksaan mikroskopis Tuberkulosis: ≤ 180 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

#### 4. Tidak Adanya Kesalahan Pemeriksaan

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Pemeriksaan
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pemeriksaan sesuai blanko permintaan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan pemeriksaan adalah ketidaksesuaian jenis pemeriksaan yang dikerjakan terhadap jenis pemeriksaan yang ada pada blanko permintaan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	jumlah semua jenis pemeriksaan yang dikerjakan sesuai dengan blanko permintaan
Denominator	jumlah semua permintaan
Sumber data	Buku register pasien dan blanko permintaan
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala instalasi laboratorium

#### 6. Kemampuan Melakukan Pemeriksaan Sreening HIV-AIDS

Judul	Kemampuan Melakukan Pemeriksaan Sreening HIV-AIDS
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium rumah sakit dalam melakukan pemeriksaan screening HIV-AIDS
Definisi operasional	Pemeriksaan screening HIV/AIDS adalah pemeriksaan HIV awal pada pasien yang diduga mengidap HIV/ AIDS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Ketersediaan peralatan dan reagen untuk pemeriksaan HIV/AIDS
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

#### 7. Kemampuan Memeriksa Mikroskopis Tuberculosis Paru

Judul	Kemampuan Memeriksa Mikroskopis Tuberculosis Paru
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium rumah sakit dalam memeriksa mikroskopis tuberkulosis paru

Definisi operasional	Pemeriksaan mikroskopis tuberculosis paru adalah pemeriksaan mikroskopis untuk mendeteksi adanya mycobacterium tuberculosis pada sediaan dahak pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Ketersediaan tenaga, peralatan dan reagen untuk pemeriksaan tuberculosis
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian, inventaris laboratorium, buku kontrol reagen
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

#### 8. 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

#### 9. Tidak Adanya Kesalahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan hasil laboratorium adalah kesalahan dalam penulisan hasil atau hasil pemeriksaan tidak keluar.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang dikeluarkan tanpa kesalahan
Denominator	jumlah pemeriksaaan yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Buku register dan buku bantu penerimaan hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

#### 10. Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal

Judul	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal
Dimensi mutu	Keselamatan, efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kualitas pemeriksaan laboratorium patologi klinik

Definisi operasional	Baku mutu eksternal adalah pemeriksaan mutu pelayanan laboratorium patologi klinik oleh pihak di luar rumah sakit yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah parameter diperiksa yang sesuai
Denominator	jumlah seluruh parameter yang diperiksa
Sumber data	Hasil pemeriksaan baku mutu eksternal
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

#### 11. 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	6 bulan
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

### VI. PELAYANAN REHABILITASI MEDIS / FISIOTERAPI

#### 1. Pemberi pelayanan Fisioterapi

Judul	Pemberi Pelayanan Fisioterapi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan fisioterapi
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rehabilitasi medik adalah dokter spesialis rehabilitasi medis, dan fisioterapis yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga pelayanan fisioterapi
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Unit Pelayanan Intensif
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

## 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Fisioterapi

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Fisioterapi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan Fisioterapi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan intensif adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan rehabilitasi medik baik sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga Bulan sekali
Periode Analisa	Tiga Bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan rehabilitasi medis
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris fisioterapi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat jalan

## 3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Fisioterapi

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan fisioterapi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam tindakan fisioterapi
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan fisioterapi adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan fisioterapi yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan
Frekuensi Pengumpulan Data	satu Bulan sekali
Periode Analisa	Tiga Bulan sekali
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan fisioterapi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Petugas fisioterapi

## 4. Kejadian drop out pasien terhadap Pelayanan Fisioterapi Yang direncanakan

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan fisioterapi sesuai yang direncanakan

Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program fisioterapi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 50 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 5. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
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	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

## VII. Rincian Indikator Pelayanan Farmasi

### 1. Pemberi Pelayanan Farmasi

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Farmasi</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan Rumah Sakit Paru Respira dalam menyediakan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan farmasi adalah Apoteker dan Asisten Apoteker yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam KMK No 340 tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga farmasi yang ada di instalasi farmasi
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Farmasi
Standar	5 tenaga Apoteker dan 5 tenaga Asisten Apoteker
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

## 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Farmasi

Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Farmasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan farmasi sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris Instalasi Farmasi
Standar	Ruang farmasi, rak obat, lemari narkotika, lemari psikotropika, 1 set <i>medicine packing system</i> , 1 set pengolah puyer manual, Air Conditioner (AC)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

## 3. Ketersediaan Formularium

Judul	<b>Ketersediaan formularium</b>
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumahsakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Dokumen Formularium
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Survei
Standar	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

## 4. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	<b>Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi</b>
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut

Sumber data	Survey
Standar	≤30 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

#### 5. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	<b>Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan</b>
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤60 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

#### 6. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : Salah dalam memberikan jenis obat Salah dalam memberikan dosis Salah orang Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

#### 7. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei/jumlah pasien disurvei yang merasa puas dengan pelayanan farmasi
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

## VIII. GIZI

### 1. Pemberi Pelayanan Gizi

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Gizi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan gizi
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan gizi adalah tenaga ahli gizi yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali (bisa diubah)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga ahli gizi yang bekerja di instalasi gizi
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Gizi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit berdasarkan KMK no 340/menkes/per/III/2010 (2 AKZI/ SPAG)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

### 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Gizi

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Gizi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan gizi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan gizi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan gizi sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan gizi
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris Instalasi Gizi



Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

### 3. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, 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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

### 4. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	<b>Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet</b>
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

### 5. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	<b>Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
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 rumahsakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey

Standar	≤20 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi

## 6. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi

## IX. REKAM MEDIK

### 1. Pemberi Pelayanan Rekam Medis

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Rekam Medis</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi, Keselamatan dan Kestinambungan Pelayanan
Tujuan	Tersedianya tenaga yang kompeten dalam pelayanan rekam medis
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rekam medis adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit untuk pelayanan rekam medis
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di instalasi rekam medis rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Rekam Medis Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis

### 2. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	<b>Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan</b>
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan

Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan di pelayanan rawat jalan.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru atau di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	$\leq 15$ menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

### 3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	<b>Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	$\leq 20$ menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medis

### 4. Pengembalian Dokumen Rekam Medik Rawat Jalan maksimal 1 x 24 jam

Judul	<b>5. Pengembalian Dokumen Rekam Medik Rawat Jalan maksimal 1 x 24 jam</b>
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan, efisiensi

Tujuan	Tergambarnya ketepatan pengembalian dokumen rekam medis rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Pengembalian dokumen rekam medis dari pelayanan rawat jalan ke instalasi rekam medis maksimal 1 x 24 jam.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang kembali dari pelayanan rawat jalan maksimal 1 x 24 jam
Denominator	Jumlah pasien yang periksa pada waktu tertentu
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medis

5. **Pengembalian Dokumen Rekam Medik Rawat Inap maksimal 2 x 24 jam**

Judul	<b>Pengembalian Dokumen Rekam Medik Rawat Inap maksimal 2 x 24 jam</b>
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya ketepatan pengembalian dokumen rekam medis rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Pengembalian dokumen rekam medis dari pelayanan rawat inap (bangsal) ke instalasi rekam medis maksimal 2 x 24 jam.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang kembali dari pelayanan rawat inap (bangsal) maksimal 2 x 24 jam
Denominator	Jumlah pasien yang periksa pada waktu tertentu
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medis

**X. Pengelolaan limbah**

1. **Adanya Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit**

Judul	<b>Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit</b>
-------	--

Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektifitas
Tujuan	Terkelolanya limbah rumah sakit sesuai peraturan perundangan Permenkes No. 1204 th. 2004
Definisi Operasional	Penanggung jawab pengelolaan limbah rumah sakit adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan limbah rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS

## 2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit adalah ruang, mesin, perlengkapan, dan peralatan yang harus tersedia untuk pengelolaan limbah rumah sakit sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS

## 3. Pengelolaan Limbah Cair

Judul	<b>Pengelolaan Limbah Cair</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi Operasional	Limbah Cair adalah limbah cair yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang dan

	yang berasal dari berbagai alat sanitair di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap minggu sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Proses pengelolaan limbah cair
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS

#### 4. Pengelolaan Limbah Padat

Judul	<b>Pengelolaan Limbah Padat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi Operasional	Limbah Padat yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang maupun yang dihasilkan dari pengunjung rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap minggu sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Proses pengelolaan limbah padat
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPSRS

#### 5. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	<b>Baku Mutu Limbah Cair</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit

Definisi operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9, ammonia < 0.1 mg/l, phasphat < 2 mg/l
frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS

## XI. ADMINISTRASI MANAJEMEN

### 1. Kelengkapan Pengisian Jabatan

Judul	<b>Kelengkapan Pengisian Jabatan</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen rumah sakit
Definisi operasional	Jabatan adalah jabatan structural dan fungsional sebagaimana tersurat dalam struktur organisasi rumah sakit
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jabatan structural dan fungsional yang telah diisi
Denominator	Jumlah posisi jabatan structural dan fungsional yang ada dalam struktur
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab	Sub bagian Kepegawaian

### 2. Peraturan Internal Rumah Sakit

Judul	<b>Peraturan Internal Rumah Sakit</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen rumah sakit, adanya kejelasan hubungan kerja pemilik, direksi, dan praktisi medis

Definisi operasional	Peraturan Internal Rumah Sakit adalah peraturan yang disusun oleh pemilik yang mengatur tata hubungan kerja pemilik, direksi, dan praktisi medis di rumah sakit
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Peraturan Internal Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh pemilik
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

### 3. Peraturan Karyawan Rumah Sakit

Judul	<b>Peraturan Karyawan Rumah Sakit</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen SDM rumah sakit dan keseimbangan kesejahteraan karyawan dan kinerja pelayanan
Definisi operasional	Peraturan Karyawan Rumah Sakit adalah seperangkat peraturan yang ditetapkan oleh rumah sakit, berlaku dan mengikat bagi setiap karyawan, dimaksudkan sebagai peraturan kerja agar ada kepastian tugas, kewajiban, dan hak-hak karyawan rumah sakit, sehingga tercipta dan terpelihara keserasian hubungan kerja untuk menjamin keseimbangan antara kesejahteraan dan kinerja pelayanan.
frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Peraturan Karyawan Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh direktur rumah sakit
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

### 4. Daftar Urutan Kepangkatan

Judul	<b>Daftar Urutan Kepangkatan</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi kepegawaian di rumah sakit
Definisi operasional	Daftar Urutan Kepangkatan adalah salah satu bahan objektif untuk melaksanakan pembinaan karir karyawan berdasarkan system karir dan prestasi kerja.
frekuensi pengumpulan data	6 bulan



Periode analisis	6 bulan
Numerator	Daftar Urutan Kepangkatan
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dan di update tiap 6 bulan
Penanggung jawab	Sub Bag Kepegawaian

#### 5. **Perencanaan Strategis Rumah Sakit**

Judul	<b>Perencanaan Strategis Rumah Sakit</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tercapainya tujuan strategis rumah sakit dalam mengemban visi dan misi
Definisi operasional	Perencanaan strategis adalah perencanaan jangka panjang rumah sakit untuk menentukan strategi serta mengambil keputusan untuk mengalokasikan sumber daya untuk mencapai tujuan strategi
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Perencanaan Strategi
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen rencana strategis
Penanggung jawab	Ka Sub Bag Perencanaan Program & Keuangan

#### 6. **Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit**

Judul	<b>Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya SDM yang kompeten dan pengembangan karir karyawan
Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM
frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Perencanaan Pengembangan SDM
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen rencana pengembangan SDM

Penanggung jawab	Ka Sub Bag Perencanaan Program & Keuangan
------------------	---

**7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi**

Judul	<b>Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi</b>
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumahsakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

**8. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat**

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat</b>
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Umum

9. **Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala**

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala</b>
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala hádala kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian

10. **Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM**

Judul	<b>Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM</b>
Dimensi mutu	Kompetensi Tehnis
Tujuan	Meningkatnya kompetensi tehnis dan tercapainya pengembangan karir SDM
Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Pelaksanaan program pengembangan SDM dalam periode waktu tertentu
Denominator	Rencana program pengembangan SDM dalam periode waktu tertentu
Sumber data	Instalasi Pendidikan dan Pelatihan
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Umum

11. **Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan**

Judul	<b>Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan</b>
Dimensi mutu	Efektivitas

Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumahsakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	tiga bulan
Periode analisis	tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Standar	
Penanggung jawab	Kepala Bagian Keuangan

#### 12. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	<b>Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Kepala Bagian Keuangan

#### 13. Cost Recovery

Judul	<b>Cost Recovery</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu

Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	≥ 60 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Keuangan

#### 14. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	<b>Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja</b>
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumahsakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumahsakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumahsakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipesyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Program, Data dan TI
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur

#### 15. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	<b>Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun</b>
Dimensi mutu	kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kualitas sumber daya manusia

Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumahsakit ataupun di luar rumahsakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumahsakit
Sumber data	Sub Bag Umum
Standar	≥60 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Umum

#### 16. Ketepatan Waktu Pemberian Insentif

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pemberian Insentif</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan prestasi kerja. Ketepatan waktu adalah ketepatan terhadap waktu yang disepakati/peraturan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Waktu pemberian insentif yang tepat waktu dalam periode tiga bulan
Denominator	Tiga bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

## XII. AMBULANS/KERETA JENAZAH

### 1. Ketersediaan Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah</b>
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah 24 Jam di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Mobil ambulans adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Waktu ketersediaan ambulans dan mobil jenazah
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

## 2. Penyedia Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	<b>Penyedia Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan ambulans dan mobil jenazah adalah supir ambulans/mobil jenazah yang terlatih
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	tenaga yang memberikan pelayanan ambulans dan mobil jenazah
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian
Standar	Supir ambulans/mobil jenazah yang mendapat pelatihan supir ambulans
Penanggung jawab	Kepala Bidang Umum

## 3. Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	<b>Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah untuk pasien yang membutuhkan
Definisi operasional	Mobil ambulans adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Bidang Umum
Standar	Mobil ambulans terpisah dari mobil jenazah
Penanggung jawab	Kepala Bidang Umum

4. **Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Di Rumahsakit**

Judul	<b>Kecepatan Pemberian Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Di Rumahsakit</b>
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumahsakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/mobil jenazah
Definisi operasional	Kecepatan pemberian pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumahsakit sampai tersedianya ambulance/mobil jenazah, minimal tidak lebih dari 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu kecepatan pemberian pelayanan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/mobil jenazah dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulance/mobil jenazah
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	Koordinator sopir ambulance

5. **Waktu Tanggap Memberikan Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Di Rumahsakit**

Judul	<b>Waktu Tanggap Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Kepada Masyarakat Yang Membutuhkan</b>
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumahsakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulance/mbobil jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan ambulance/mobil jenazah kepada masyarakat adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/mobil jenazah diajukan oleh masyarakat sampai ambulans/mobil jenazah berangkat dari rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tanggap pelayanan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulance/mobil jenazah
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulance



**6. Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil Jenazah Menyebabkan Kecacatan/Kematian**

Judul	<b>Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan Atau Kematian</b>
Dimensi mutu	keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan ambulans/kereta jenazah yang aman
Definisi operasional	Kecelakaan ambulans/mobil jenazah adalah kecelakaan akibat penggunaan ambulans/mobil jenazah di jalan raya yang berakibat kecacatan dan/atau kematian bagi penumpang dan/atau masyarakat
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah seluruh pelayanan ambulans dikurangi jumlah kejadian kecelakaan pelayanan ambulans yang berakibat kematian/kecacatan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan ambulans dalam satu bulan
Sumber data	Bidang Umum
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bidang Umum

**7. Kepuasan Pelanggan**

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan ambulans/mobil jenazah
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan ambulans/mobil jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Panitia Mutu

**XIII. PERAWATAN JENAZAH**

**1. Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah**

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan perawatan jenazah 24 Jam di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Perawatan jenazah adalah perawatan terhadap jenazah sesuai dengan adat dan agama sesuai permintaan keluarga
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Waktu ketersediaan perawatan jenazah

Denominator	Tidak ada
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

## 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Kamar Jenazah

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Kamar Jenazah</b>
Dimensi Mutu	Akses, efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan kamar jenazah
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan kamar jenazah adalah ruang, perlengkapan dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan kamar jenazah sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, perlengkapan, dan peralatan pelayanan kamar jenazah
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris Kamar Jenazah
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

## 3. Ketersediaan Tenaga Di Instalasi Perawatan Jenazah

Judul	<b>Ketersediaan Tenaga Di Instalasi Perawatan Jenazah</b>
Dimensi Mutu	Akses, Efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan perawatan jenazah
Definisi Operasional	Tenaga pelayanan perawatan jenazah adalah tenaga yang ditunjuk melalui SK direktur untuk memberikan pelayanan perawatan jenazah
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah tenaga pemberi pelayanan perawatan jenazah
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Perawatan Jenazah
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan kebutuhan dan ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

#### 4. Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah

Judul	<b>Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas tidak lebih dari 2 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total jenazah yang dirawat tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Total jenazah yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

#### 5. Perawatan Jenazah Sesuai Universal Precaution

Judul	<b>Perawatan Jenazah Sesuai Universal Precaution</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan perawatan jenazah yang aman
Definisi Operasional	Universal Precaution adalah
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Seluruh perawatan jenazah dikurangi perawatan jenazah yang tidak sesuai dengan universal precaution
Denominator	Seluruh perawatan jenazah
Sumber data	Instalasi Perawatan Jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

#### 6. Tidak Terjadinya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah</b>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi perawatan jenazah terhadap identitas pasien
Definisi operasional	kejadian salah identifikasi adalah kejadian tertukarnya identifikasi jenazah di kamar jenazah

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah jenazah yang dirawat di kamar jenazah dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah jenazah yang salah identifikasi
Denominator	jumlah jenazah yang dirawat di kamar jenazah dalam waktu satu bulan
Sumber data	Register Instalasi Perawatan Jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Perawatan Jenazah

## 7. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan perawatan jenazah
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan perawatan jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari keluarga yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total keluarga yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Panitia Mutu

## XIV. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah sakit

### 1. Adanya Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Judul	Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektifitas
Tujuan	Terpeliharanya sarana dan prasaran rumah sakit
Definisi Operasional	Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

### 2. ketersediaan bengkel kerja

Judul	efektifitas, Efisiensi
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektifitas

Tujuan	Terpeliharanya sarana, prasarana, mesin dan peralatan di rumah sakit
Definisi Operasional	Bengkel Kerja adalah Tempat untuk melakukan pemeliharaan dan perbaikansarana, prasarana, mesin, dan peralatan yang ada di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	tersedianya bengkel kerja
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Ka Si Penunjang medik

### 3. Waktu Tanggap Kerusakan Alat

Judul	Waktu Tanggap Kerusakan alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam respon laporan
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
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	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Petugas IPSRS

### 4. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, 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	100%
Penanggung jawab	Petugas IPSRS

### 5. Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat

Judul	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh Lembaga Kalibrasi yang sah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Waktu Pelaksanaan kalibrasi alat yang sesuai rencana dalam 1 tahun
Denominator	Rencana waktu pelaksanaan kalibrasi alat
Sumber data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi
Standar	100%
Penanggung jawab	Petugas IPSRS

### 6. Alat Ukur Dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu

Judul	Alat Ukur Dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh Lembaga Kalibrasi yang sah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat ukur yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	jumlah alat ukur yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi
Standar	100%
Penanggung jawab	Ka Si Penunjang medik

## XV. Pelayanan Laundry

### 1. Ketersediaan Pelayanan Laundry

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Laundry</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya linen bersih untuk pelayanan di Rumah Sakit

Definisi Operasional	Pelayanan laundry adalah pelayanan pencucian, penyiapan, dan penyediaan linen bersih di rumah sakit baik dilakukan oleh rumah sakit atau dipihak ketigakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Pelayanan laundry di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Laundry
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laundry

## 2. Adanya Penanggung Jawab Pelayanan Laundry

Judul	<b>Penanggung Jawab Pemeliharaan Laundry</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektifitas
Tujuan	Adanya kejelasan penanggung jawab penyediaan linen di rumah sakit
Definisi Operasional	Penanggung jawab Pelayanan Laundry adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan dan penyediaan linen di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pelayanan Laundry
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Laundry
Standar	Ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laundry

## 3. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumahsakit untuk memberikan pelayanan Laundry
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan laundry adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laundry sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali

Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan laundry
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Inventaris Instalasi Laundry
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laundry

#### 4. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan

Judul	<b>Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan</b>
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bidang Penunjang

#### 5. Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius

Judul	<b>Ketepatan pengelolaan linen infeksius</b>
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Terkendalnya infeksi di rumah sakit akibat linen infeksius
Definisi operasional	Linen infeksius adalah linen yang dicurigai terkontaminasi cairan tubuh dan berpotensi menularkan penyakit menular
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah Pengamatan proses pengelolaan linen infeksius yang dilakukan benar
Denominator	Jumlah seluruh pengamatan proses pengelolaan linen infeksius
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bidang Penunjang

#### 6. Ketersediaan Linen

Judul	<b>Ketersediaan Linen</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan instalasi laundry dalam mencukupi kebutuhan linen di rumah sakit
Definisi operasional	Tidak ada



Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang tersedia
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur yang ada di rumah sakit
Sumber data	Inventaris Instalasi laundry
Standar	2,5 – 3 untuk tiap tempat tidur
Penanggung jawab	Kepala Bidang Penunjang medik

## XVI. Pencegahan pengendalian infeksi

### 1. Tersedianya Anggota Tim PPI Yang Terlatih

Judul	<b>Tersedianya Anggota Tim PPI Terlatih</b>
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya anggota tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI
Definisi operasional	Tim PPI adalah tim Pencegahan pengendalian infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tiga bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah dilatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 75 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

### 2. Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) Di Setiap Instalasi/Departemen

Judul	<b>Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindunginya pasien, pengunjung dan petugas dari infeksi
Definisi operasional	APD (Alat pelindung diri) adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumahsakit, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap minggu
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah seluruh unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD
Sumber data	Survey
Standar	≥ 75 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

### 3. Rencana Program PPI

Judul	<b>Rencana Program PPI</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas

Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di rumah sakit
Definisi operasional	Rencana program PPI adalah rencana tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di rumah sakit selama satu tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tahun
Periode analisis	Tiap tahun
Numerator	Rencana program PPI
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Tim PPI
Standar	Ada
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

#### 4. Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana

Judul	<b>Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di rumah sakit
Definisi operasional	Rencana program PPI adalah rencana tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di rumah sakit selama satu tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah kegiatan PPI yang dilaksanakan selama enam bulan sesuai rencana
Denominator	Seluruh kegiatan PPI yang direncanakan selama kurun waktu enam bulan
Sumber data	Tim PPI
Standar	Ada
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

#### 5. Penggunaan APD Saat Melaksanakan Tugas

Judul	<b>Penggunaan APD saat melaksanakan tugas</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindungnya pasien dan petugas dari penularan penyakit infeksi maupun bahan berbahaya
Definisi operasional	Alat Pelindung Diri alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumahsakit, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 1 bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah karyawan yang diamati yang tertib menggunakan APD sebagaimana dipersyaratkan
Denominator	Seluruh karyawan yang diamati
Sumber data	Survey observasi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

6. **Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumahsakit**

Judul	<b>Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumahsakit</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlaksananya pemantauan infeksi nosokomial di rumahsakit
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan factor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (check list) pada instalasi yang ada di rumahsakit, minimal satu parameter dari ILO< ILI< VAP< ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Tiap hari
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial
Denominator	Jumlah instalasi yang ada
Sumber data	Survey
Standar	≥ 75 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

GUBERNUR  
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

ttd

HAMENGKU BUWONO X

Salinan Sesuai Dengan Aslinya  
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd

DEWO ISNU BROTO I.S.  
NIP. 19640714 199102 1 001