

WALIKOTA SIBOLGA  
PROVINSI SUMATERA UTARA

PERATURAN WALIKOTA SIBOLGA  
NOMOR: 440 / 1313 / TAHUN 2015

TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. FERDINAND LUMBAN TOBING  
SIBOLGA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA SIBOLGA,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Ferdinand Lumban Tobing Sibolga;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 8 Drt. Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kota-Kota Besar dalam Lingkungan Daerah Propinsi Sumatera Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Nomor 1092);
  2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
  3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
  4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
  5. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
  6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);

7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
8. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
10. 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 dengan Peraturan Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 246, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5589);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 Tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 Tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Kota, dan Pemerintah Kota/Kota (Lembaran Negara Republik Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 Tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);

17. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 Tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
21. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 Tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 159b/Menkes/SK/ Per/II/1988 Tentang Rumah Sakit;
23. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 228/Menkes/SK/ /III/2002 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan daerah;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
25. Peraturan Daerah Nomor 12 Tahun 2008 Tentang Organisasi dan Tata kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Sibolga sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Daerah Kota Sibolga Nomor 11 Tahun 2012 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Nomor 12 Tahun 2008 Tentang Organisasi dan Tata kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Sibolga;

#### MEMUTUSKAN:

Menetapkan: PERATURAN WALIKOTA SIBOLGA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD DR. F. L. TOBING SIBOLGA.

#### BAB I KETENTUAN UMUM

##### Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Sibolga;
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

3. Pemerintah...

3. Pemerintah Daerah adalah Walikota Sibolga dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah;
4. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD Dr. F. L. Tobing Sibolga kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan keperawatan, pelayanan rujukan, pelaksanaan pendidikan dan pelatihan, pelaksanaan penelitian dan pengembangan, pengabdian masyarakat dan pelayanan administrasi;
5. Standar Pelayanan Minimal 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 RSUD Dr. F. L. Tobing Sibolga kepada masyarakat;
6. 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 penyelenggaraanya sesuai dengan standard dan kode etik profesi yang telah ditetapkan;
7. 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;
8. 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;
9. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai;

## BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

### Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi RSUD Dr. F. L. Tobing Sibolga dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

## BAB III URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

### Pasal 3

Uraian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada Pasal 1 ayat (1) tercantum dalam Lampiran Peraturan Walikota ini yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

## BAB IV PELAKSANAAN

### Pasal 4

- (1) RSUD Dr. F. L. Tobing Sibolga yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Walikota ini.
- (2) Direktur atau Pimpinan RSUD Dr. F. L. Tobing Sibolga bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Walikota ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

## BABV PENERAPAN

### Pasal 5

- (1) Direktur RSUD Dr. F. L. Tobing Sibolga 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 RSUD Dr. F.L. Tobing Sibolga 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 6

- (1) Pembinaan RSUD Dr. F. L. Tobing Sibolga yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Kepala Daerah melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, 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 7

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur atau Pimpinan RSUD Dr. F. L. Tobing Sibolga.

Pasal 8

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada Pasal 7 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen RSUD Dr. F. L. Tobing Sibolga 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 9

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD Dr. F. L. Tobing Sibolga selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 dilakukan juga oleh dewan pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

Pasal 10

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6, Pasal 7, Pasal 8 dan Pasal 9 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD Dr. F. L. Tobing Sibolga yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis RSUD Dr. F. L. Tobing Sibolga.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Dengan berlakunya Peraturan Walikota ini maka Peraturan Walikota Nomor : 440/05/2011 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Ferdinand Lumban Tobing Kota Sibolga dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

*Pasal 13....*

Pasal 13

Peraturan Walikota ini berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Sibolga.

Ditetapkan di Sibolga  
pada tanggal 24 Agustus 2015  
WALIKOTA SIBOLGA,

dto

M.SYARFIHUTAURUK

Diundangkan di Sibolga  
pada tanggal 25 Agustus 2015

SEKRETARIS DAERAH,

dto.

MOCHAMAD SUGENG

BERITA DAERAH KOTA SIBOLGA TAHUN 2015 NOMOR 10

Sesuai dengan aslinya  
KEPALA BAGIAN HUKUM,



ZUNRIANTO HUTAGALUNG, SH

Pembina Tk. I (IV/b)

NIP. 19611109 199203 1 005

LAMPIRAN  
PERATURAN WALIKOTA SIBOLGA  
NOMOR: 440/1313 /TAHUN 2015  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
DR. FERDINAND LUMBAN TOBING  
SIBOLGA

---

**BABI**  
**PENDAHULUAN**

**1. 1 Umum**

Dengan dikeluarkannya Peraturan Pemerintah No 23 tahun 2005 tentang Badan Layanan Umum, dan Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 61 tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, memberikan peluang bagi Satuan Kerja Perangkat yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa diberikan keleluasaan dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD (PPKBLUD)

Bagi SKPD yang telah menerapkan PPK BLUD harus dapat 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 pada umumnya.

Rumah Sakit Umum Dr. Ferdinand Lumban Tobing Sibolga secara bertahap diharapkan dapat mengembangkan pelayanan kesehatan yang lengkap dan berkesinambungan seiring dengan perkembangan jenis penyakit, kemajuan ilmu kedokteran serta meningkatnya pendapatan dan pendidikan masyarakat.

Pengelolaan secara profesional ini dapat terwujud apabila menjalankan praktek - praktek bisnis yang sehat dan dikelola oleh orang - orang yang profesional sehingga diharapkan Rumah Sakit mampu meningkatkan jenis dan mutu layanan yang disediakan, sehingga dapat bertahan bahkan bersaing dan/atau mandiri dengan tetap sinergi dengan program - program pelayanan kesehatan yang ditetapkan pemerintah

Penerapan praktek bisnis yang sehat harus berdasarkan prinsip efisiensi dan produktivitas, hal ini dapat terwujud apabila kinerja dapat diukur, dievaluasi dan dapat dijadikan umpan balik bagi perencanaan berikutnya. Siklus ini membutuhkan suatu dokumen standar tentang penyelenggaraan pelayanan yang minimal harus diselenggarakan atau Standar Pelayanan Minimal (SPM) baik pelayanan medik, penunjang medik, Pelayanan keperawatan dan manajemen yang selanjutnya akan dijadikan target pembandingan apakah pelayanan dapat meningkat produktivitasnya secara efisien sesuai dengan kualitas yang diharapkan dari tahun ke tahun.

Dokumen SPM ini mencakup standar input yaitu standar penyediaan peralatan, standar penyediaan SDM dan standar penyediaan ruangan, standar output yaitu standar atas pemanfaatan standar input yang telah disediakan dan standar mutu yang menyatakan kualitas hasil pelayanan yang diberikan. Dalam SPM ini juga dirinci mengenai target pencapaian standar hingga 5 (lima) tahun kedepan. Dengan demikian SPM ini dapat diterapkan sebagai panduan untuk menyusun perencanaan tahunan.

## 1.2. Landasan Hukum

Yang menjadi landasan Penyusunan SPM ini yaitu :

- 1) 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 dengan Peraturan Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 246, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5589);
- 2) 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);
- 3) 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);
- 4) 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);
- 5) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
- 6) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 129/Menkes/ SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
- 7) Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor: 900/2759/SJ tanggal 10 September 2008 perihal Pedoman Penilaian Penerapan PPKBLUD

## 1.3. Tujuan

Standar Pelayanan Minimal menjadi hal yang wajib dilaksanakan oleh unit - unit pelayanan yang ada, dengan tujuan:

- 1) Menjamin hak masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan dengan mutu tertentu yang dilakukan masing - masing unit pelayanan.
- 2) Menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan dalam menyediakan suatu layanan sesuai klasifikasi, sehingga SPM dapat menjadi dasar penentuan kebutuhan pembiayaan dalam mengusulkan anggaran kepada Panitia Anggaran dan DPRD.
- 3) Menentukan usulan perimbangan keuangan dan/atau bantuan lain fungsi pelayanan kesehatan yang lebih adil dan transparan dari pemerintah pusat, pemerintah atau pihak lain.
- 4) Meningkatkan akuntabilitas terhadap masyarakat dan masyarakat dapat mengukur sejauhmana dapat memenuhi kewajibannya dalam menyediakan pelayanannya.

- 5) Memperjelas tugas pokok dan mendorong terwujudnya checks and balances yang efektif.
- 6) Mendorong transparansi dan partisipasi masyarakat dalam proses penyelenggaraan Pelayanan

#### **1.4. Pengertian dan Ruang Lingkup**

Sebagai suatu sub sistem pelayanan kesehatan target grup pelayanan kesehatan adalah jumlah pasien yang memanfaatkan pelayanan rumah sakit, dengan demikian pemenuhan standar pelayanan minimal terbatas pada cakupan mutu layanan tertentu atas sejumlah masyarakat yang menggunakan jasa layanan . Hal tersebut untuk menghindari deferensiasi persepsi tentang SPM yaitu pemenuhan kewenangan wajib yang memiliki target grup cakupan layanan dasar dan esensial terhadap angka kesakitan (morbiditas) di suatu wilayah yang menjadi bagian dari kebijakan fungsi pelayanan kesehatan Pemerintah . Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit. SPM memiliki pengertian sebagai standar kinerja pelayanan atas pelaksanaan standard procedure operasional (SPO) pada setiap jenis layanan.

#### **1. 5. Kerangka Konseptual Penyusunan Standar Pelayanan Minimal**

Kepuasan Pasien atas pelayanan terletak pada bagaimana mampu mengidentifikasi kebutuhan dan karakteristik pasien yang dilayani. Kebutuhan dan karakteristik yang telah diidentifikasi tersebut digunakan untuk merencanakan dan merancang suatu produk layanan yang dibutuhkan ke dalam suatu proses yang memenuhi standar teknis dan standar mutu produk layanan. Standar teknis tersebut dibuat berdasarkan kaidah - kaidah profesi medik yang telah diakui secara nasional dan atau internasional dan diukur pencapaian kinerjanya dengan indikator - indikator keberhasilan.

Dengan demikian segala aktivitas yang dilakukan Rumah Sakit memiliki ruang lingkup sesuai karakteristik type yang dimilikinya. Keberadaan standar peralatan, ruangan dan sumber daya manusia merupakan titik awal untuk menentukan kemampuan yang dapat dilakukan dalam melaksanakan pelayanannya. Standar tersebut akan dijadikan dasar dalam penetapan standar cakupan minimal layanan yang seharusnya mampu disediakan Rumah Sakit untuk mencapai mutu layanan yang diinginkan.

Sesuai kerangka konseptual input output model maka standar penyediaan sumberdaya tersebut merupakan unsur input atau output dari pelayanan manajemen rumah sakit untuk mendukung proses layanan baik medik, penunjang medik maupun keperawatan sebagai bisnis utama.

## **1.6. Hak dan Kewajiban Rumah Sakit Dalam Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal**

Standar Pelayanan Minimal berisikan indikator - indikator mulai dari penyediaan sumberdaya, cakupan layanan dan mutu layanan, yang digunakan sebagai alat ukur keberhasilan. Penetapan dan pencapaian indikator indikator SPM tersebut adalah hak untuk:

- 1) Memperoleh fasilitas dari pemerintah dalam penyediaan sumberdaya Minimal yang digunakan dalam pelayanan.
- 2) Menetapkan jenis, jumlah layanan Minimal dan tarif layanan yang wajar untuk dibebankan kepada pasien.
- 3) Mengembangkan kapasitas Rumah Sakit secara mandiri.

Sedangkan kewajiban adalah:

- 1) Mengupayakan peningkatan kinerja pelayanan secara terus menerus, dengan melakukan pengukuran dan evaluasi atas pencapaian SPM sebagai alat akuntabilitas publik kepada stakeholder.
- 2) Memberikan penghargaan (reward) dan sanksi (punishment) kepada unit - unit pelayanan atas pencapaian standar kinerja yang ditetapkan dalam SPM yang akan diatur lebih lanjut dalam tata kelola. Memberikan informasi secara transparan kepada Pemerintah pencapaian SPM yaitu berupa laporan kinerja pelayanan dalam rangka pembinaan.

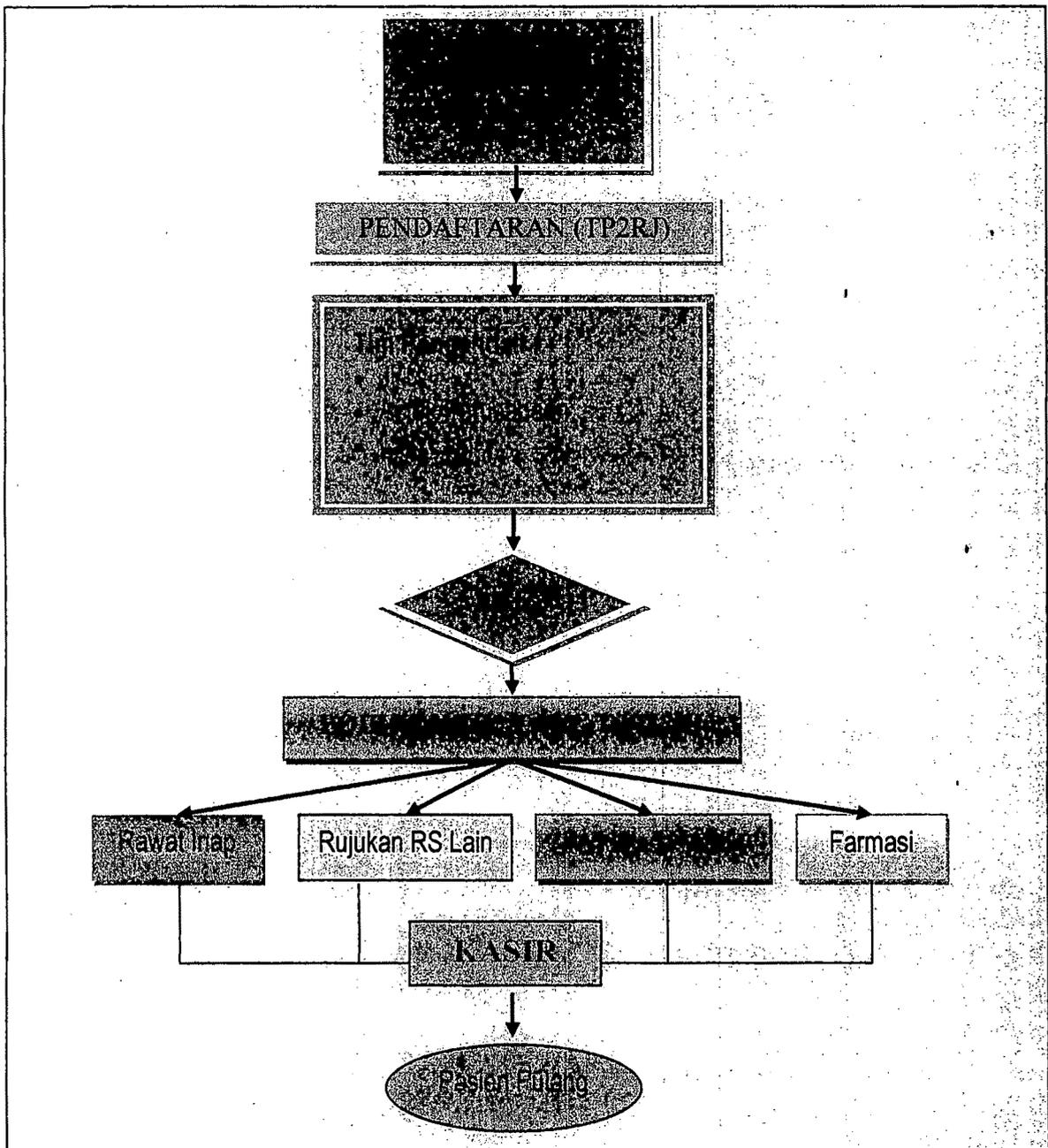
## **1.7. Metodologi Penyusunan Standar Pelayanan Minimal**

Standar Pelayanan disusun dengan memanfaatkan dokumen - dokumen yang tersedia, pengamatan, wawancara dan menyebarkan formulir - formulir pengumpulan data yang dilakukan oleh Kelompok Kerja (Pokja) yang dibentuk dengan Surat Keputusan Direktur No. 445/1642A / VIII/2010 tanggal 26 Agustus 2010. dan yang telah direvisi dengan Surat Keputusan Direktur No. 445/414/II/2015 tanggal 03 Februari 2015. tentang Pembentukan Tim Penyusunan BLUD RSUD Dr. Ferdinand Lumban Tobing Sibolga. Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPKBLUD) Tim tersebut terdiri dari seluruh komponen yang memiliki kompetensi pelayanan yang dimiliki rumah sakit. Seluruh isi materi SPM telah ditelaah dan di bahas secara transparan dengan menggunakan kaidah kaidah profesi medik yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab dari Tim penyusun dan manajemen Rumah Sakit.

**BAB II**  
**JENIS DAN PROSEDUR PELAYANAN RUMAH SAKIT**

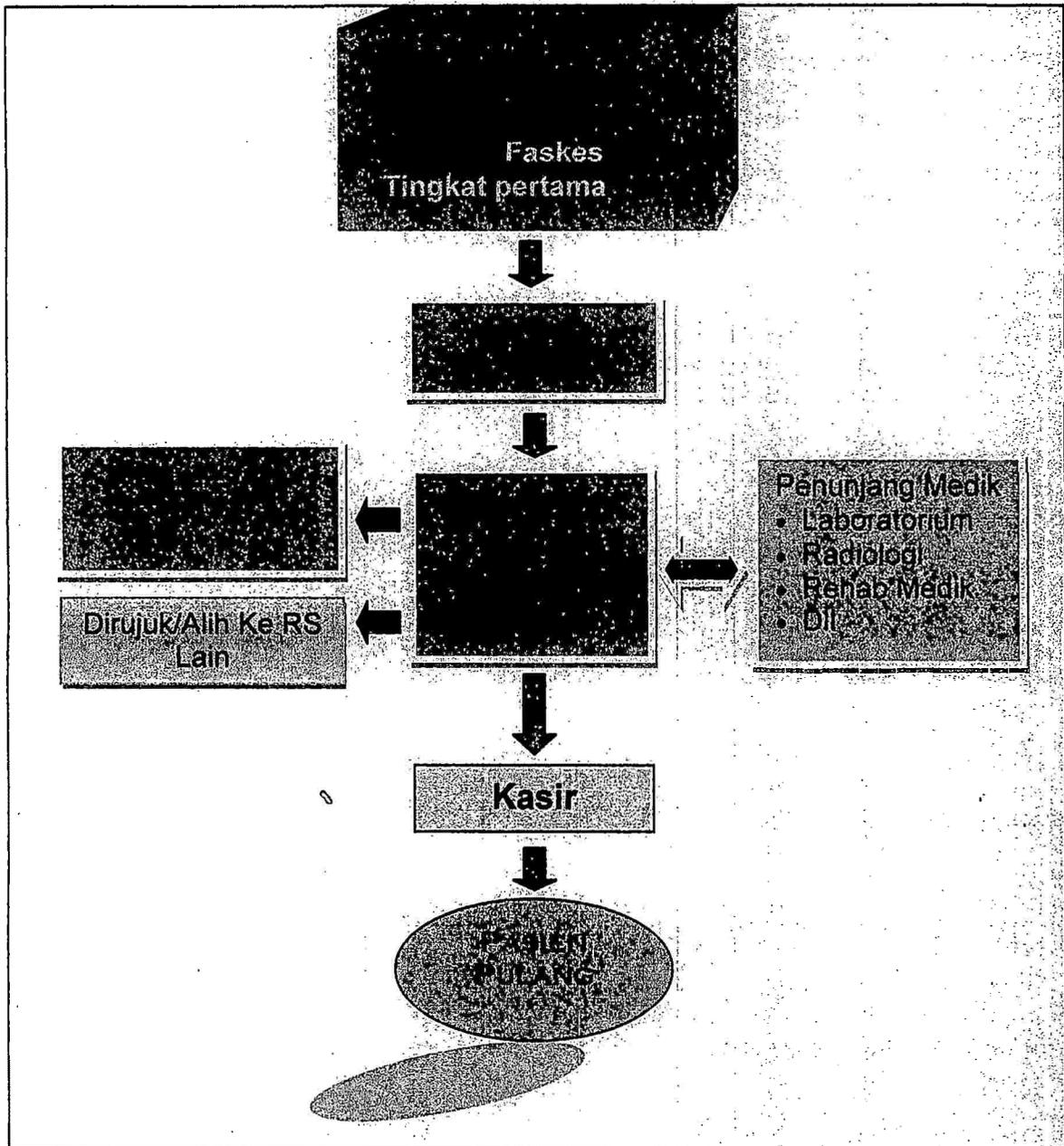
**2.1. Pelayanan Rawat Jalan**

**2.1.1 Pelayanan Poliklinik**



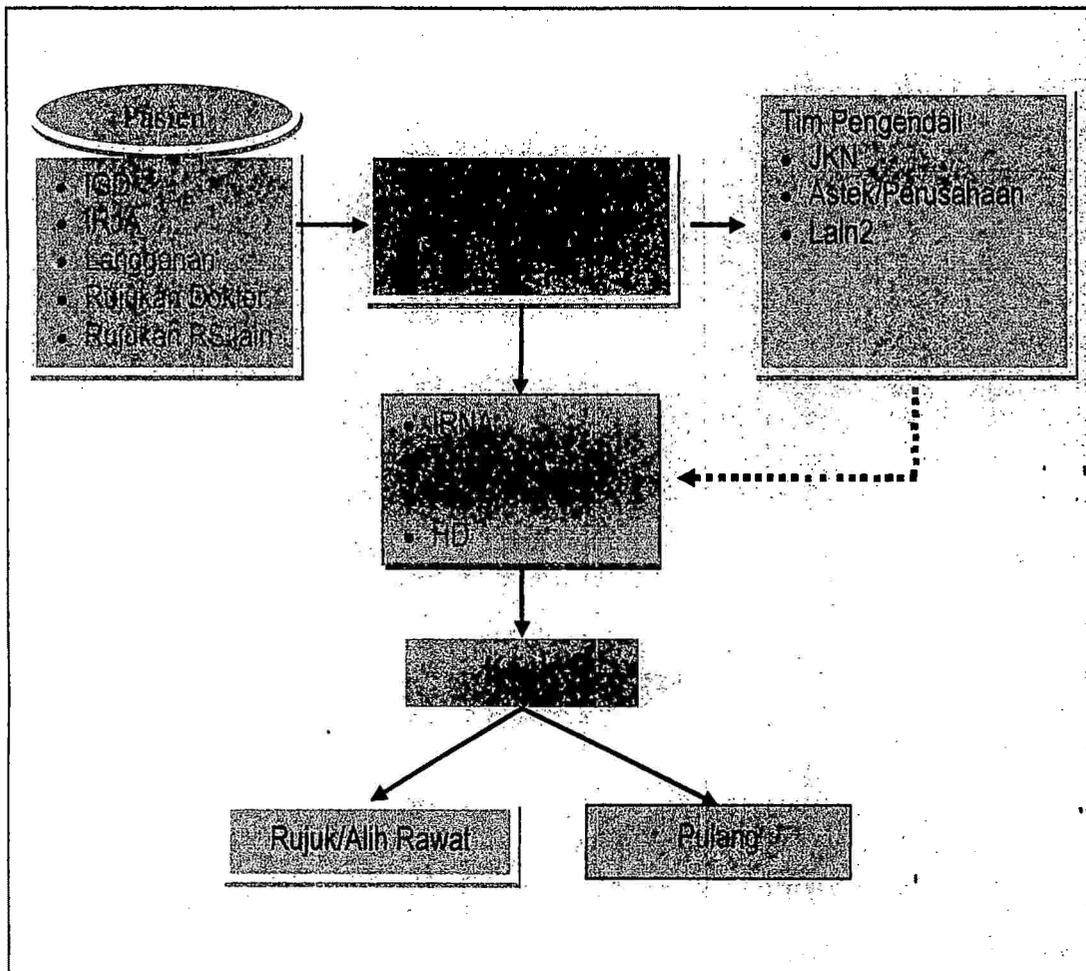
**Gambar 2.1 Pelayanan Poliklinik**

2.1.2. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)



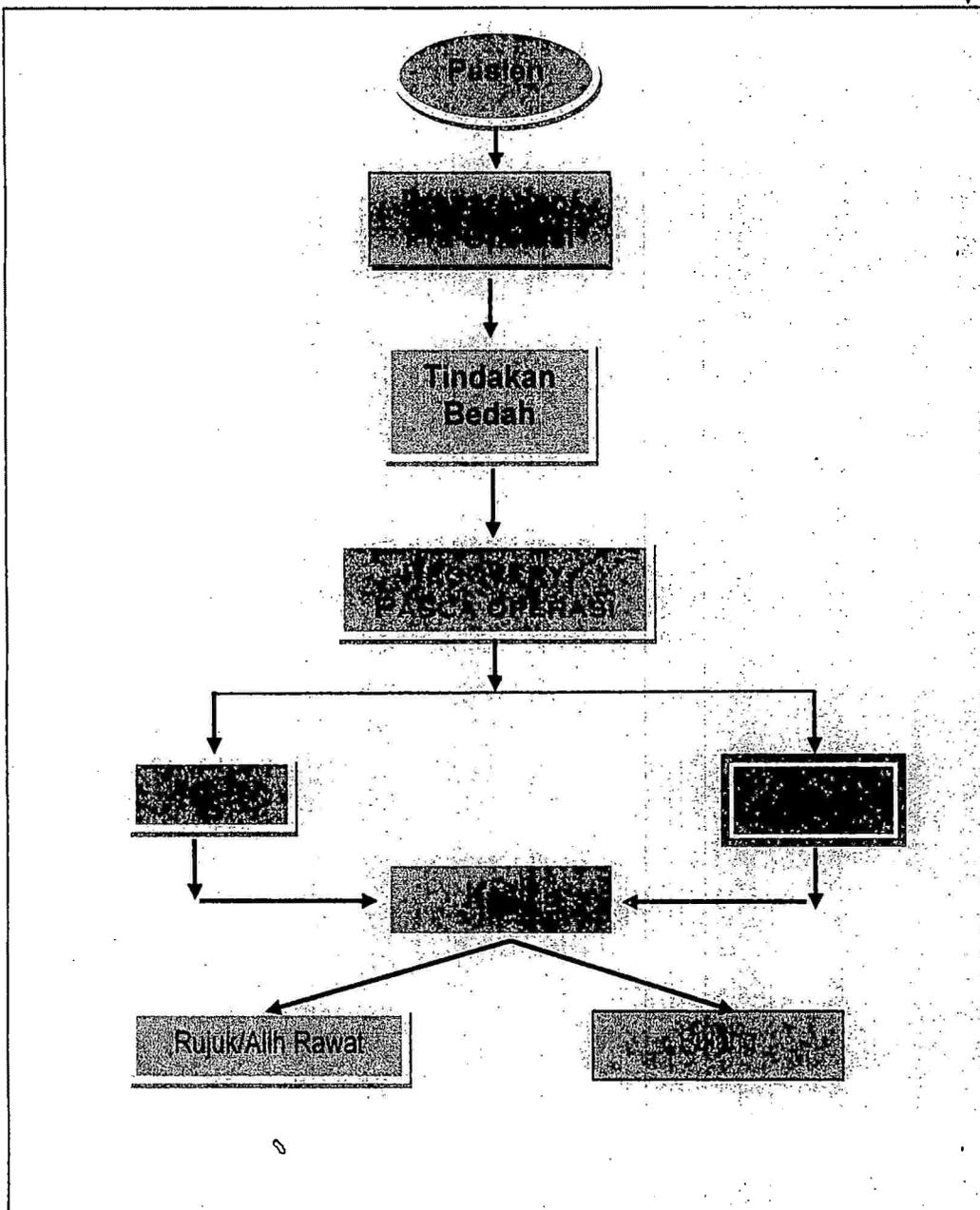
Gambar 2.2 Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)

## 2.2. Pelayanan Rawat Inap



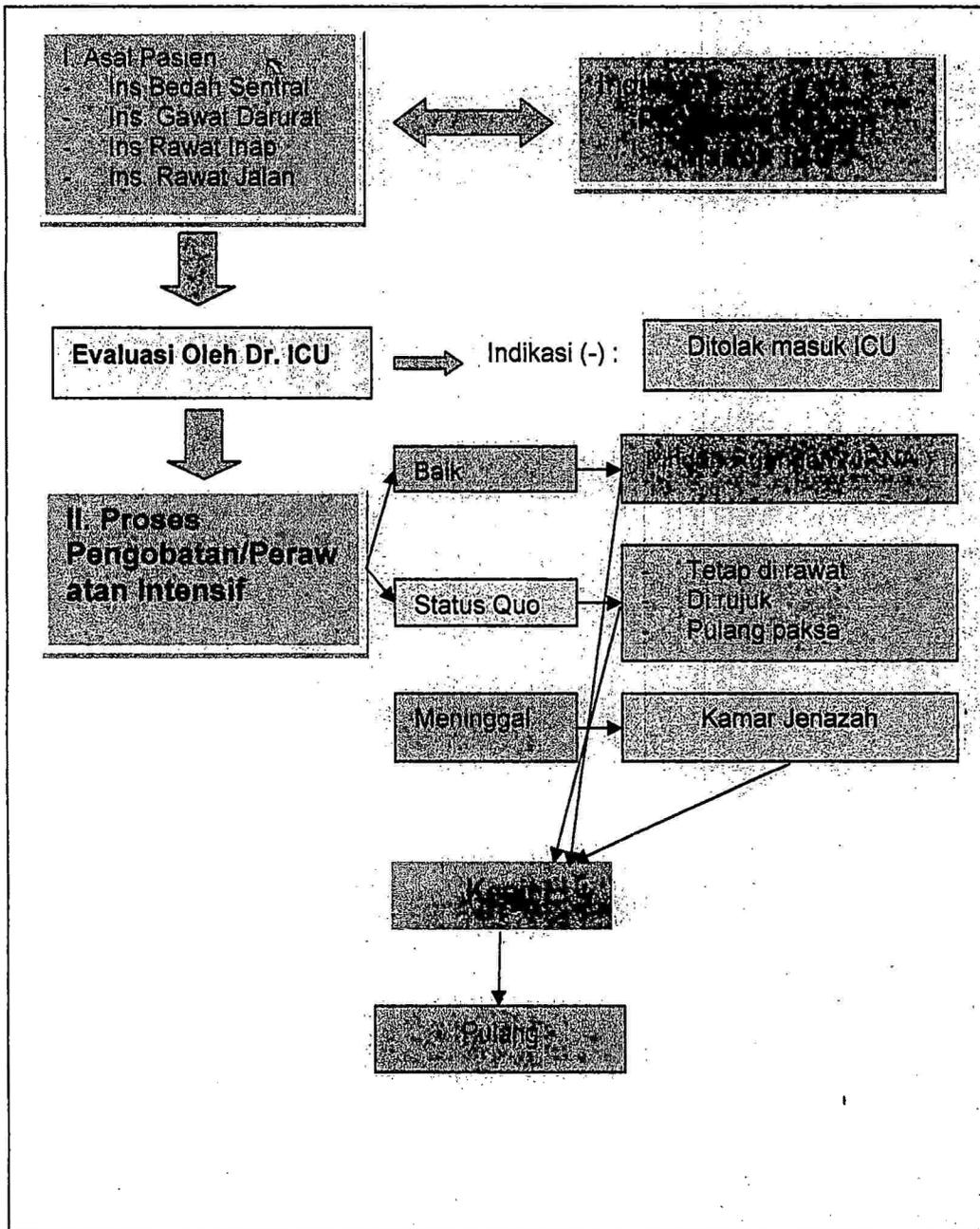
Gambar 2.3 Pelayanan Rawat Inap

### 2.3. Pelayanan Bedah Sentral



Gambar 2.4 Pelayanan Bedah Sentral

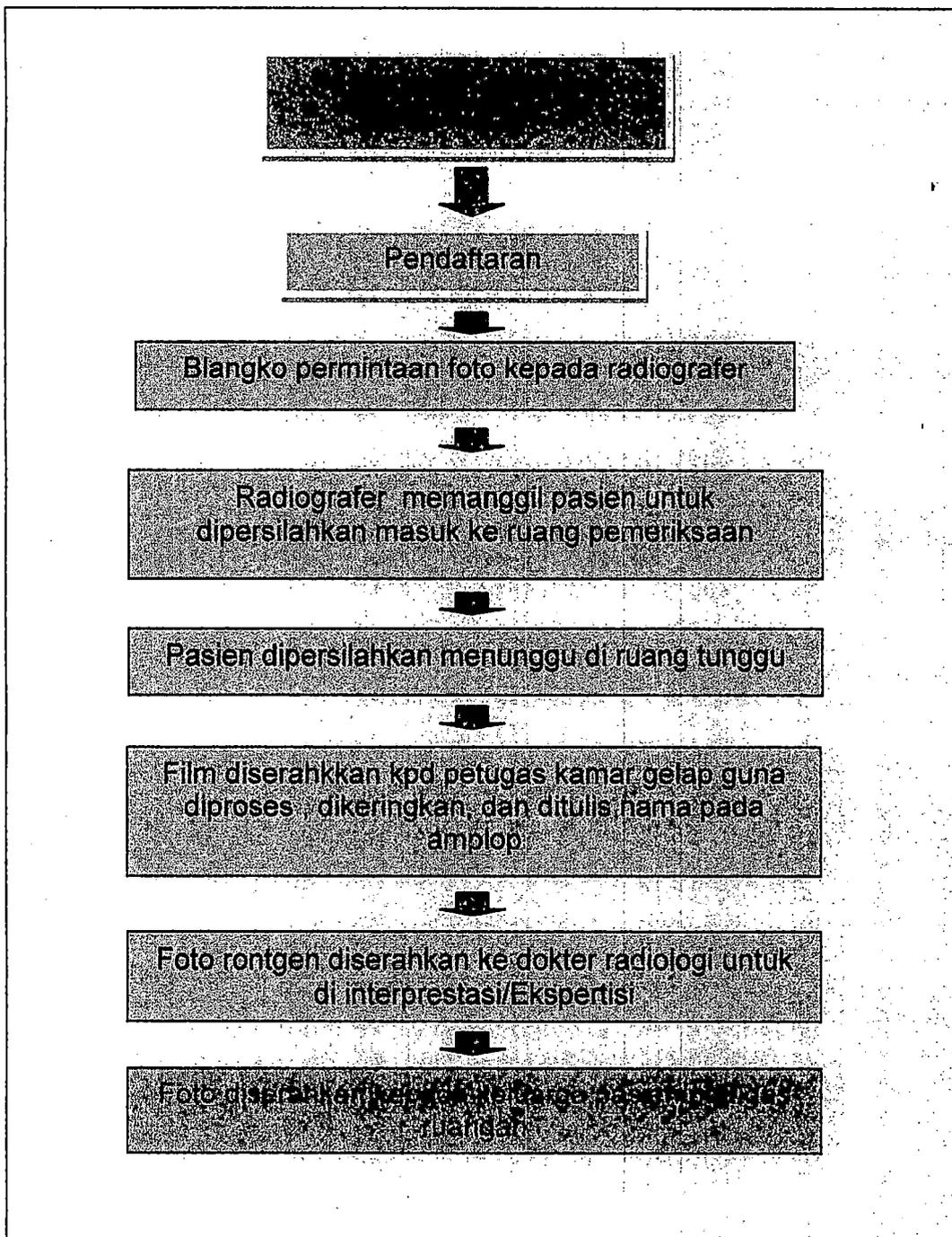
## 2.4. Pelayanan Rawat Intensif (ICU)



Gambar 2.5 Pelayanan Rawat Intensif (ICU)

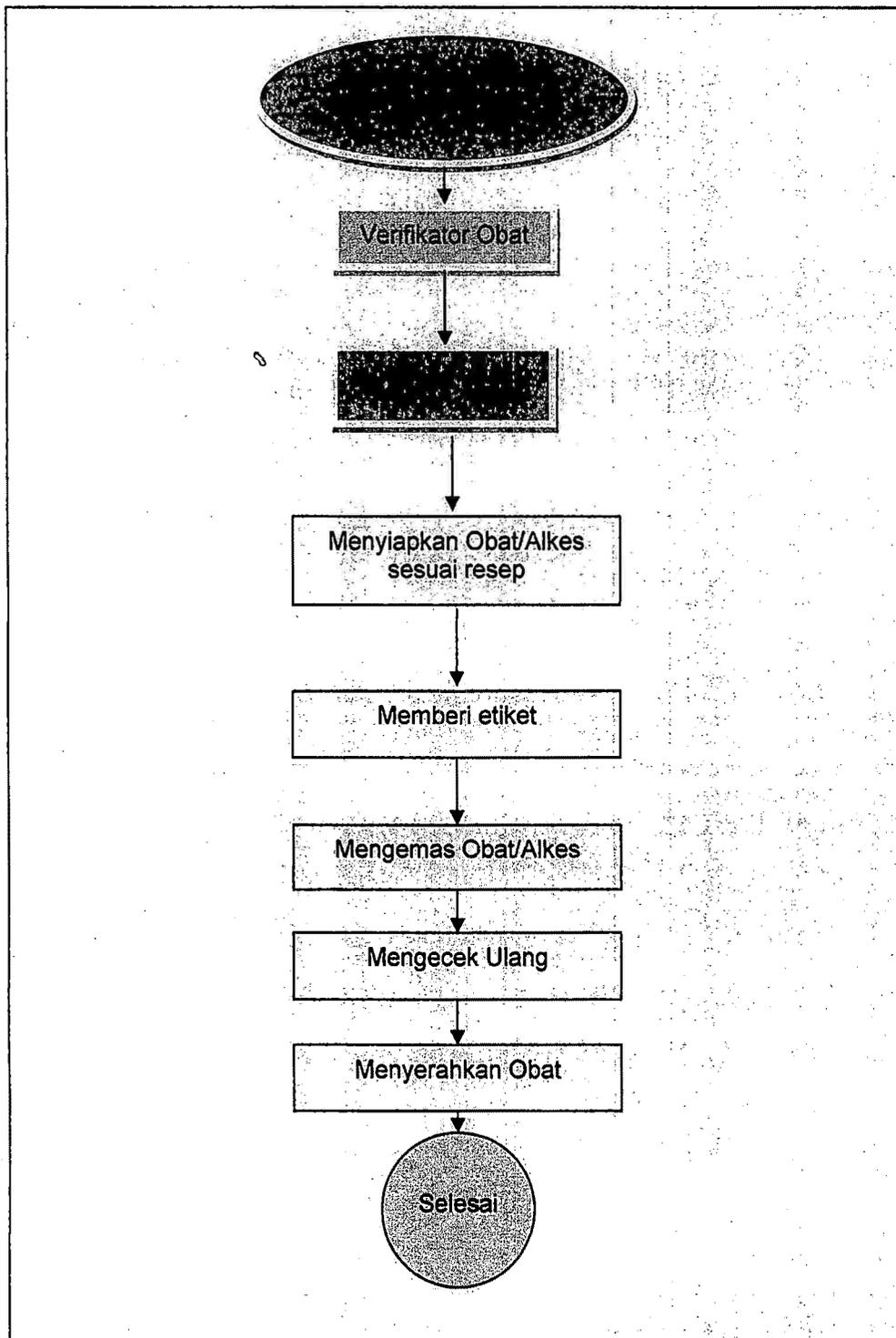
## 2.5. Pelayanan Penunjang Medis

### 2.5 1. Pelayanan Radiologi



Gambar 3.6 Pelayanan Radiologi

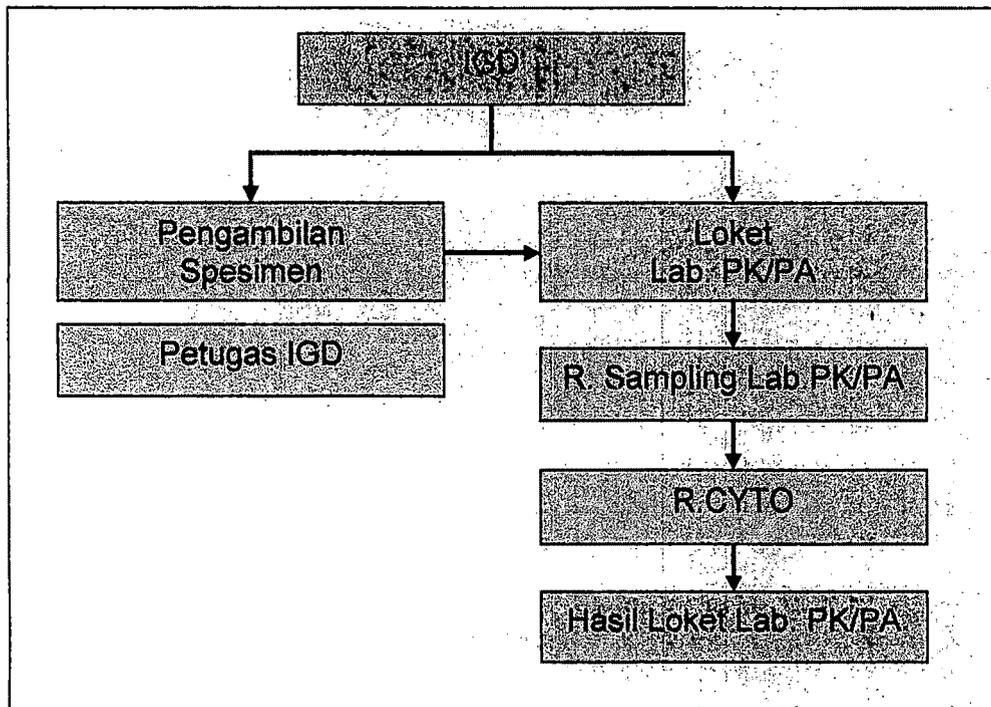
### 2.5.2. Pelayanan Farmasi



Gambar 3.7 Pelayanan Farmasi

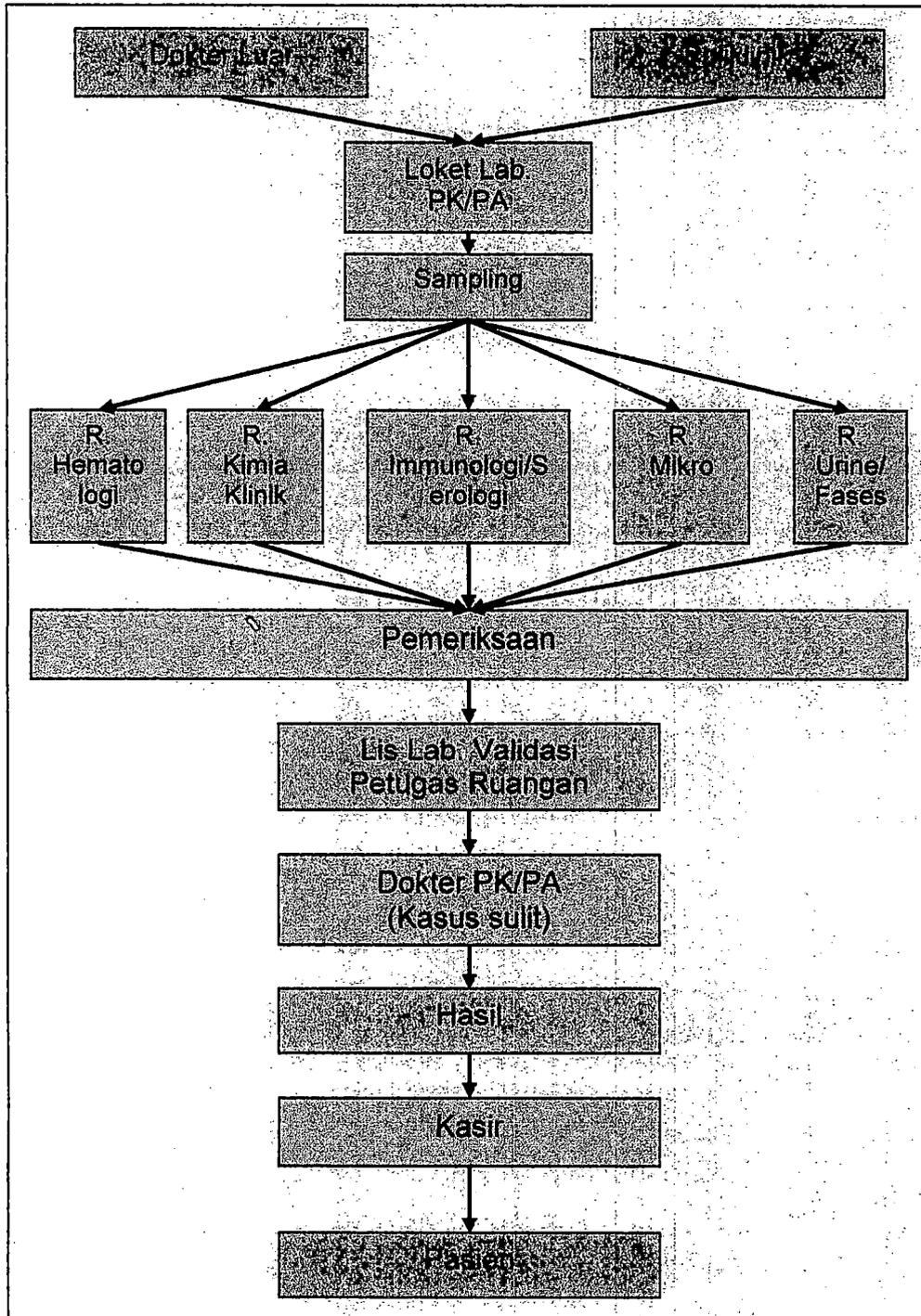
## 2.6. Pelayanan Laboratorium PK

### 2.6.1. Pelayanan Laboratorium untuk Pasien IGD



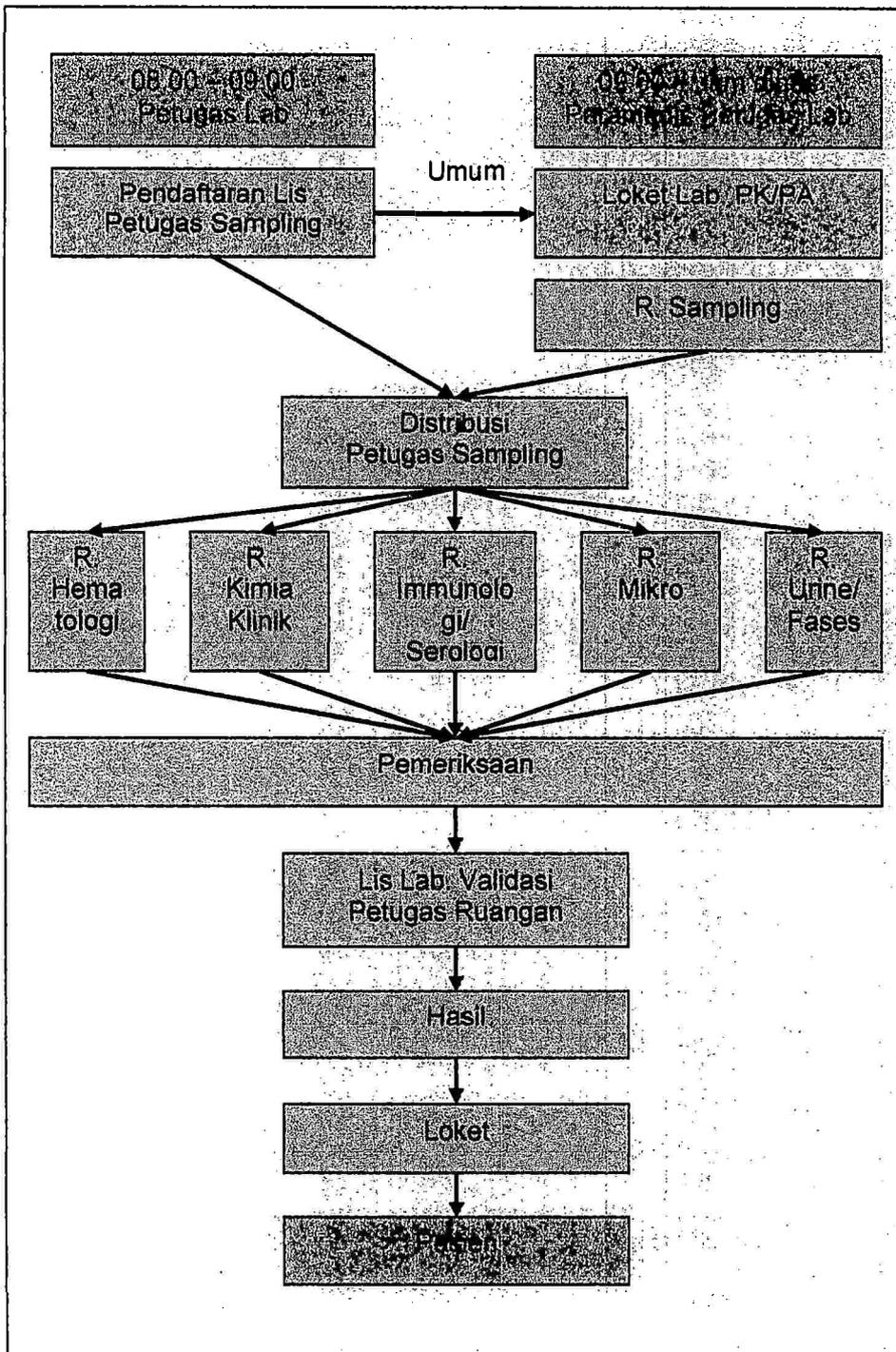
Gambar 3.8 Pelayanan Laboratorium untuk Pasien IGD

## 2.6.2. Pelayanan Laboratorium untuk Pasien Rawat Jalan



Gambar 2.9 Pelayanan Laboratorium untuk Pasien Rawat Jalan

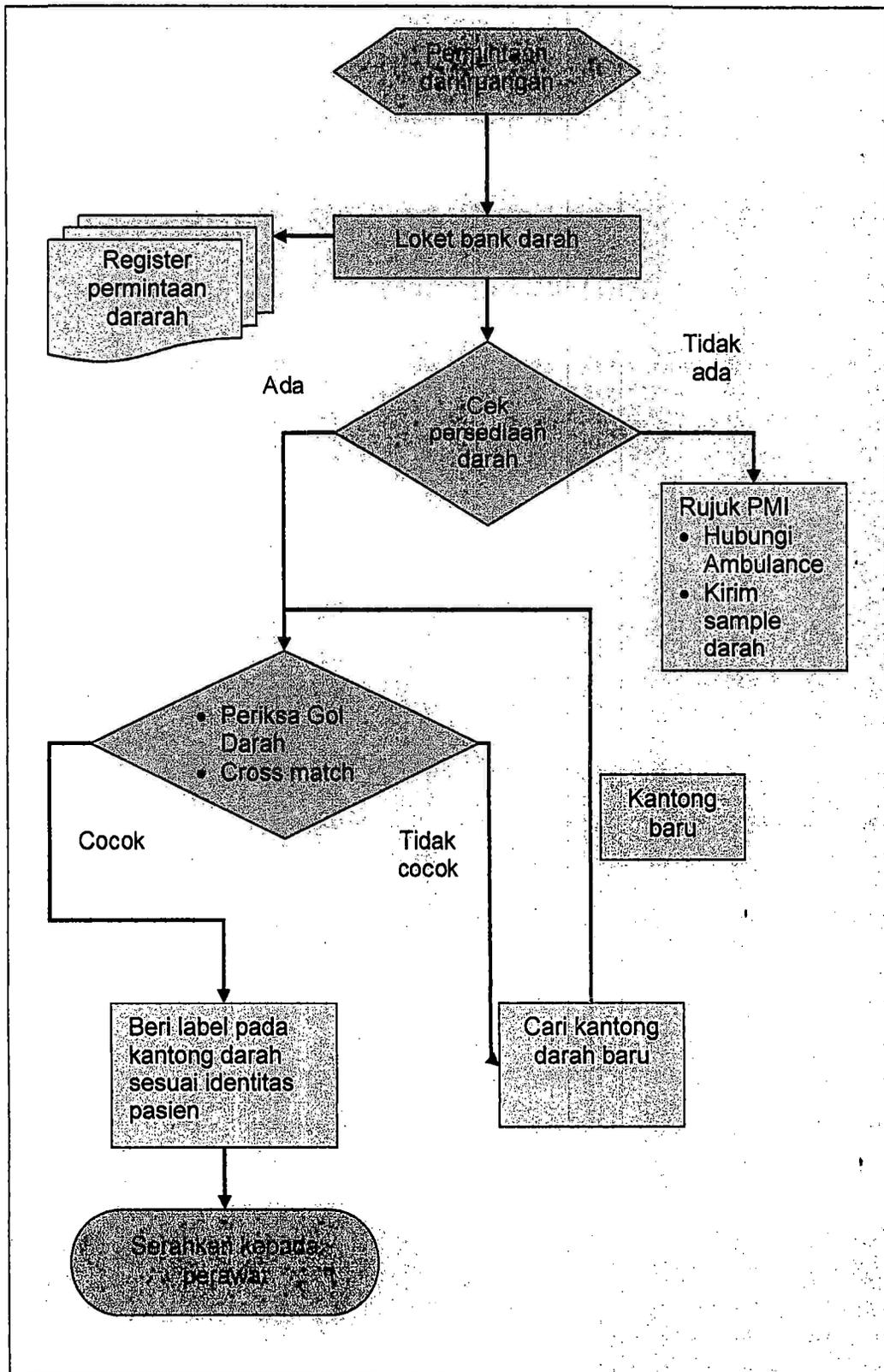
### 2.6.3. Pelayanan Laboratorium untuk Pasien Rawat Inap



Gambar 2.10 Pelayanan Laboratorium untuk Pasien Rawat Inap

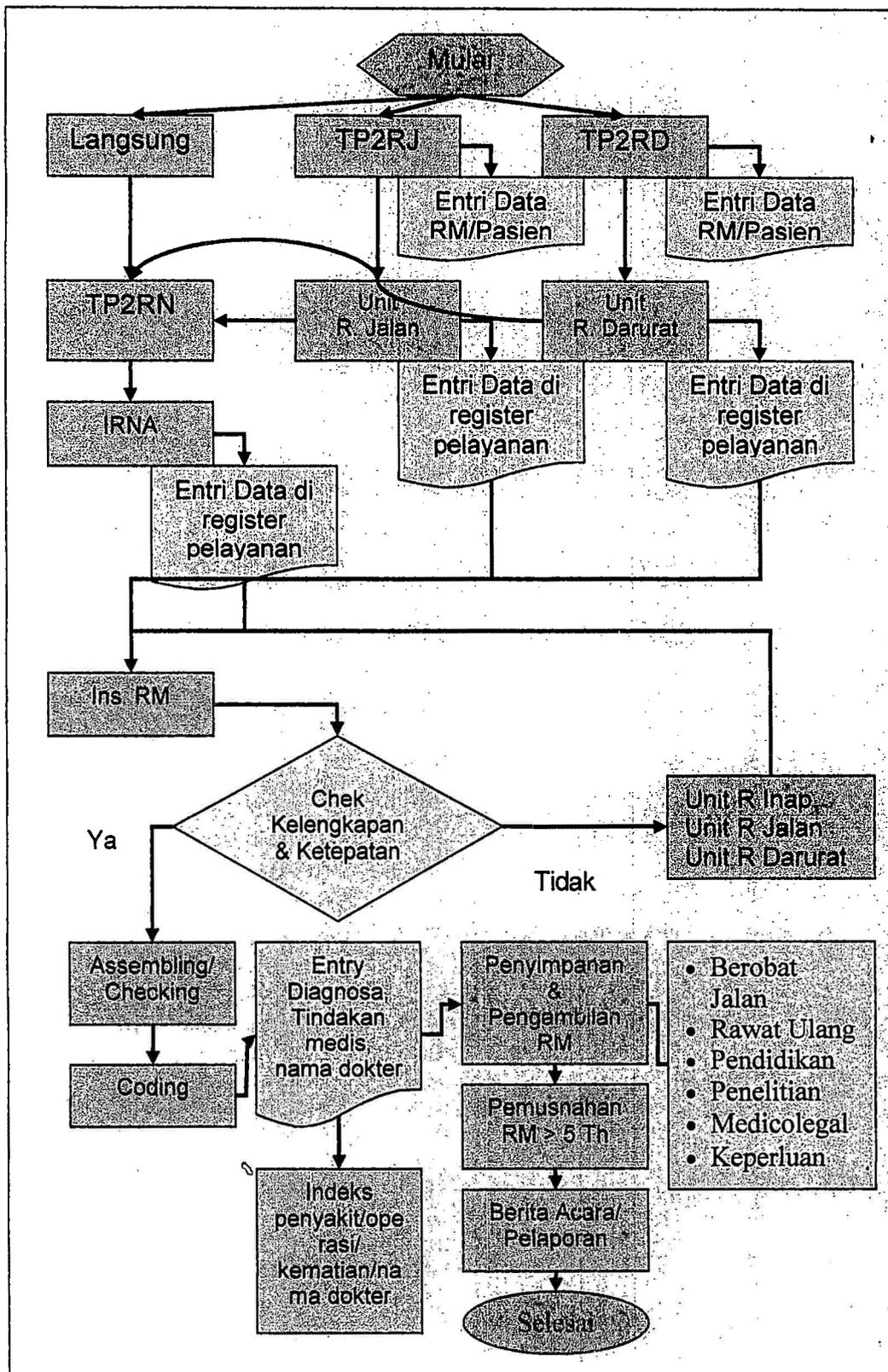


## 2.8. Pelayanan Transfusi Darah



Gambar 2.12 Pelayanan Transfusi Darah

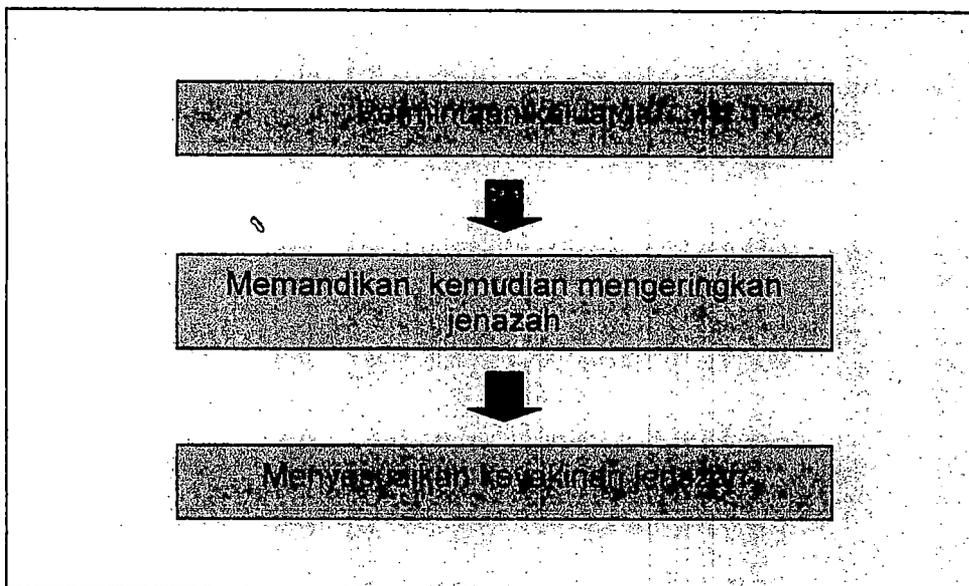
2.9. Pelayanan Rekam Medis



Gambar 2.13 Pelayanan Rekam Medis

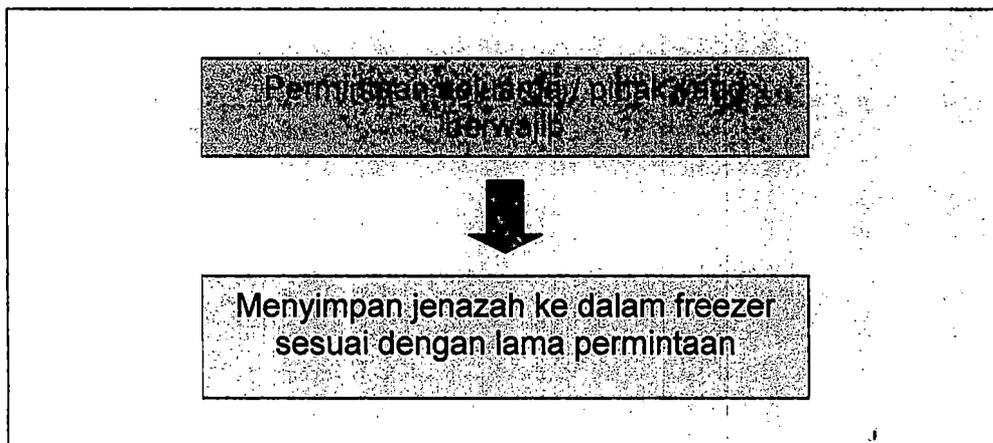
## 2.10. Pemulasaran Jenazah

### 2.10.1. Perawatan Jenazah



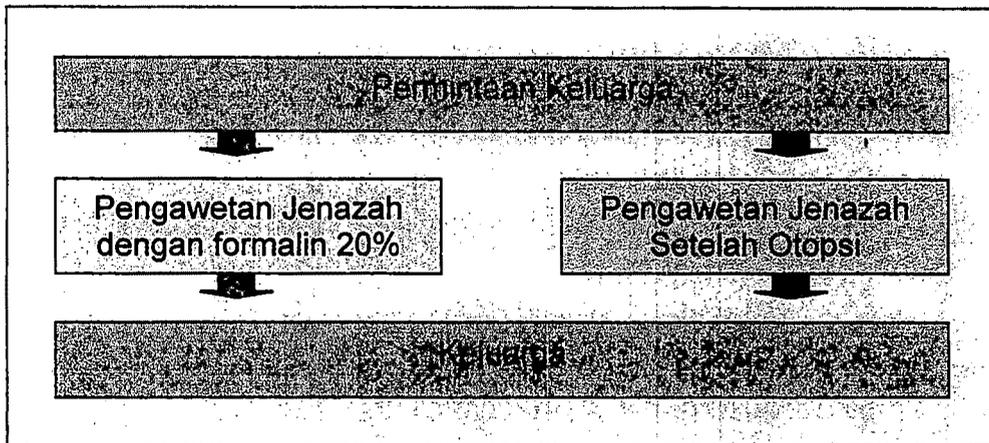
Gambar 2.14 Perawatan Jenazah

### 2.10.2. Penyimpanan Jenazah



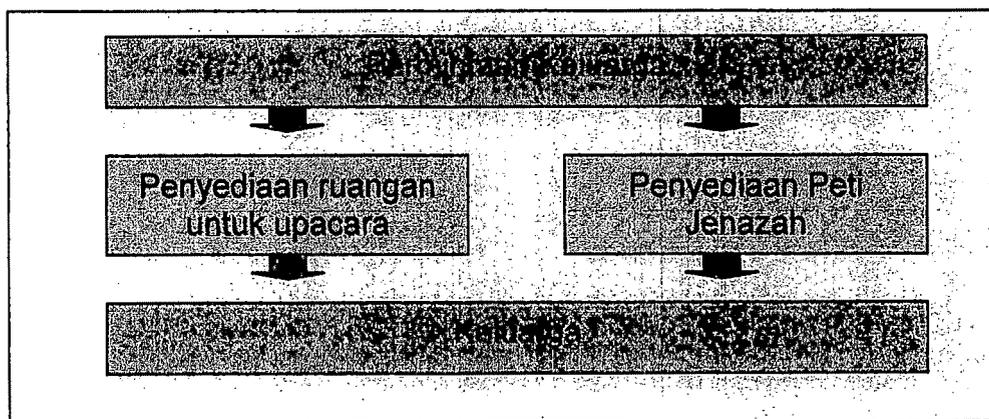
Gambar 2.15 Penyimpanan Jenazah

- 2.10.3. Pengawetan Jenazah
- a). Dengan formalin 20%
  - b). Khusus setelah otopsi



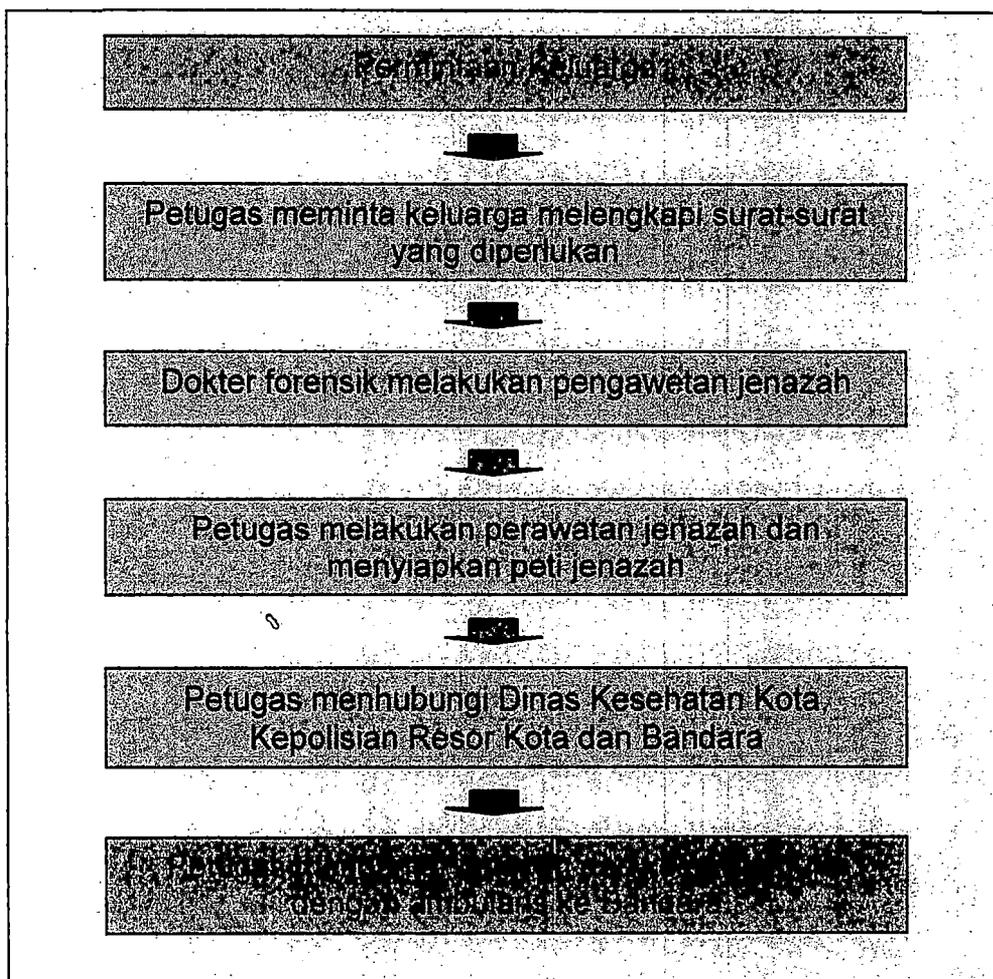
Gambar 2.16 Pengawetan Jenazah

2.10.4. Penyediaan Prasarana Duka



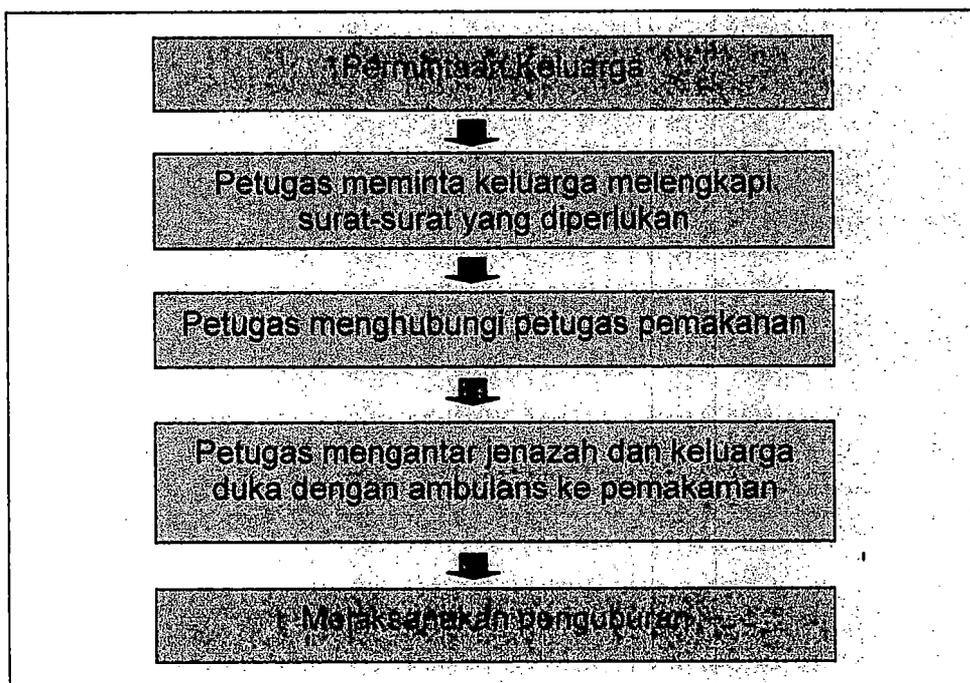
Gambar 2.17 Penyediaan Prasarana Duka

2.10.5. Pengiriman Jenazah (ke luar provinsi dengan pesawat terbang)



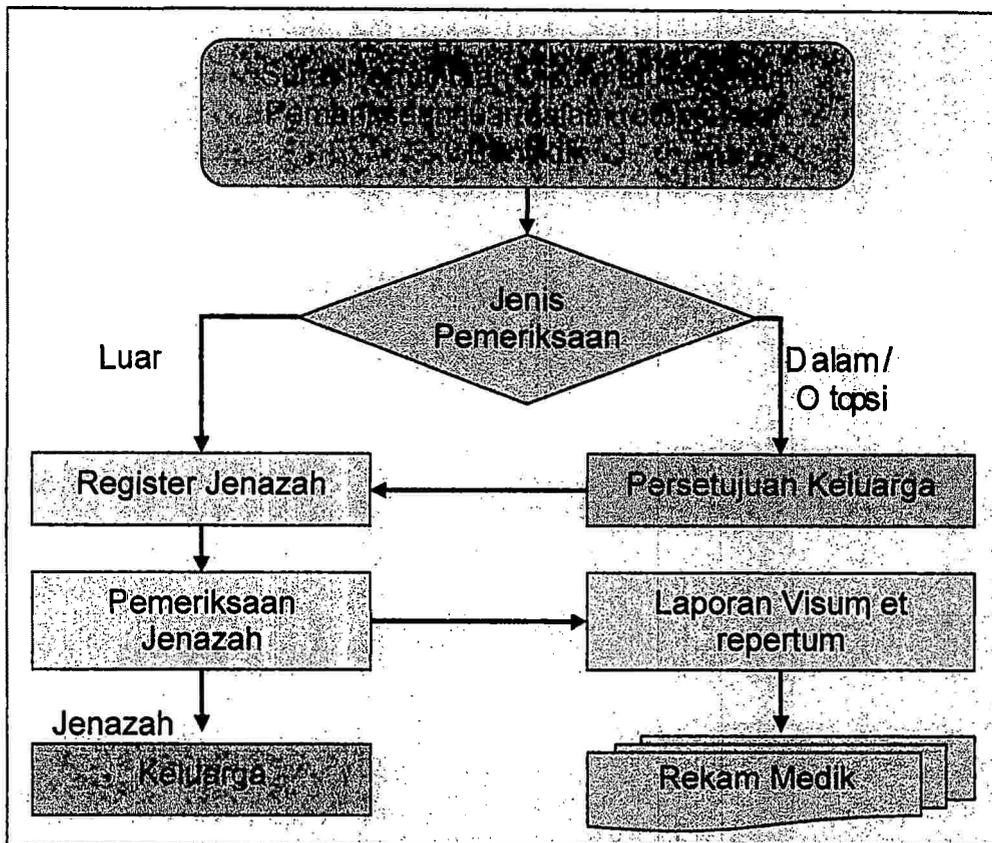
Gambar 2.18 Pengiriman Jenazah (ke luar provinsi dengan pesawat terbang)

2.10.6. Penguburan Jenazah



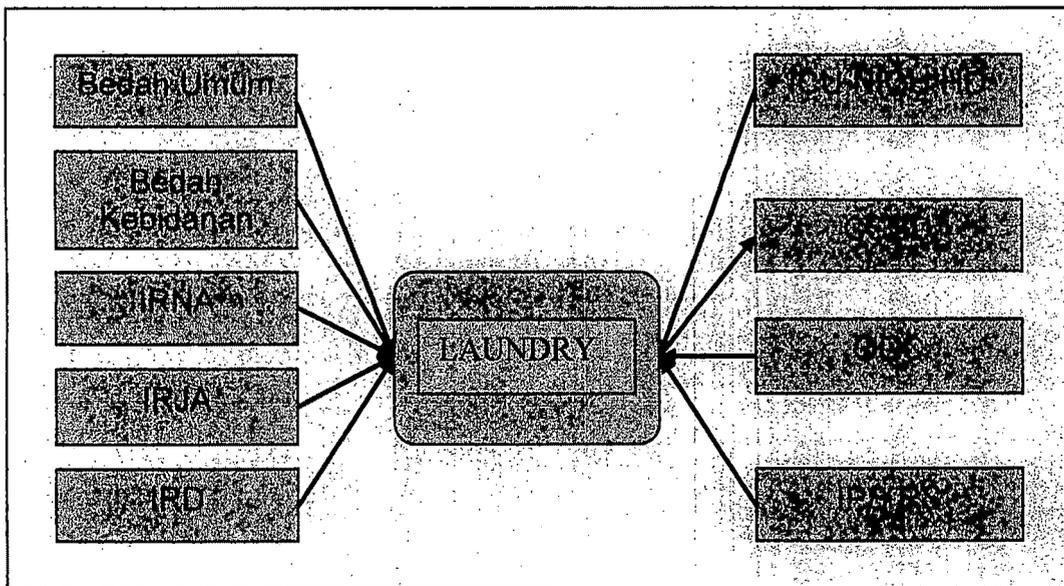
Gambar 2.19 Penguburan Jenazah

2.10.7. Pemeriksaan Luar/Dalam (Otopsi)Jenazah



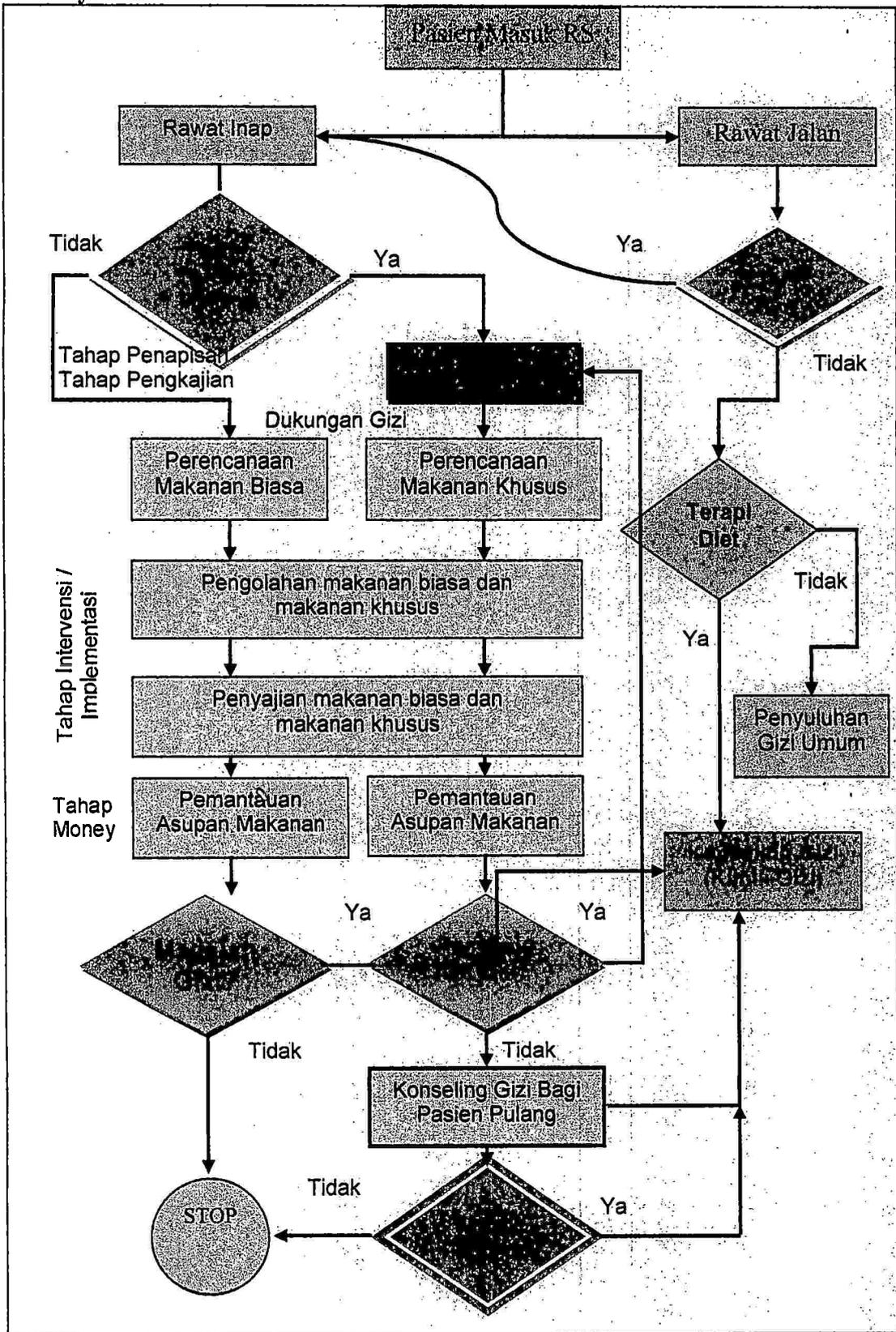
Gambar 2.20 Pemeriksaan Luar/Dalam (Otopsi)Jenazah

2.102.Pelayanan Laundry



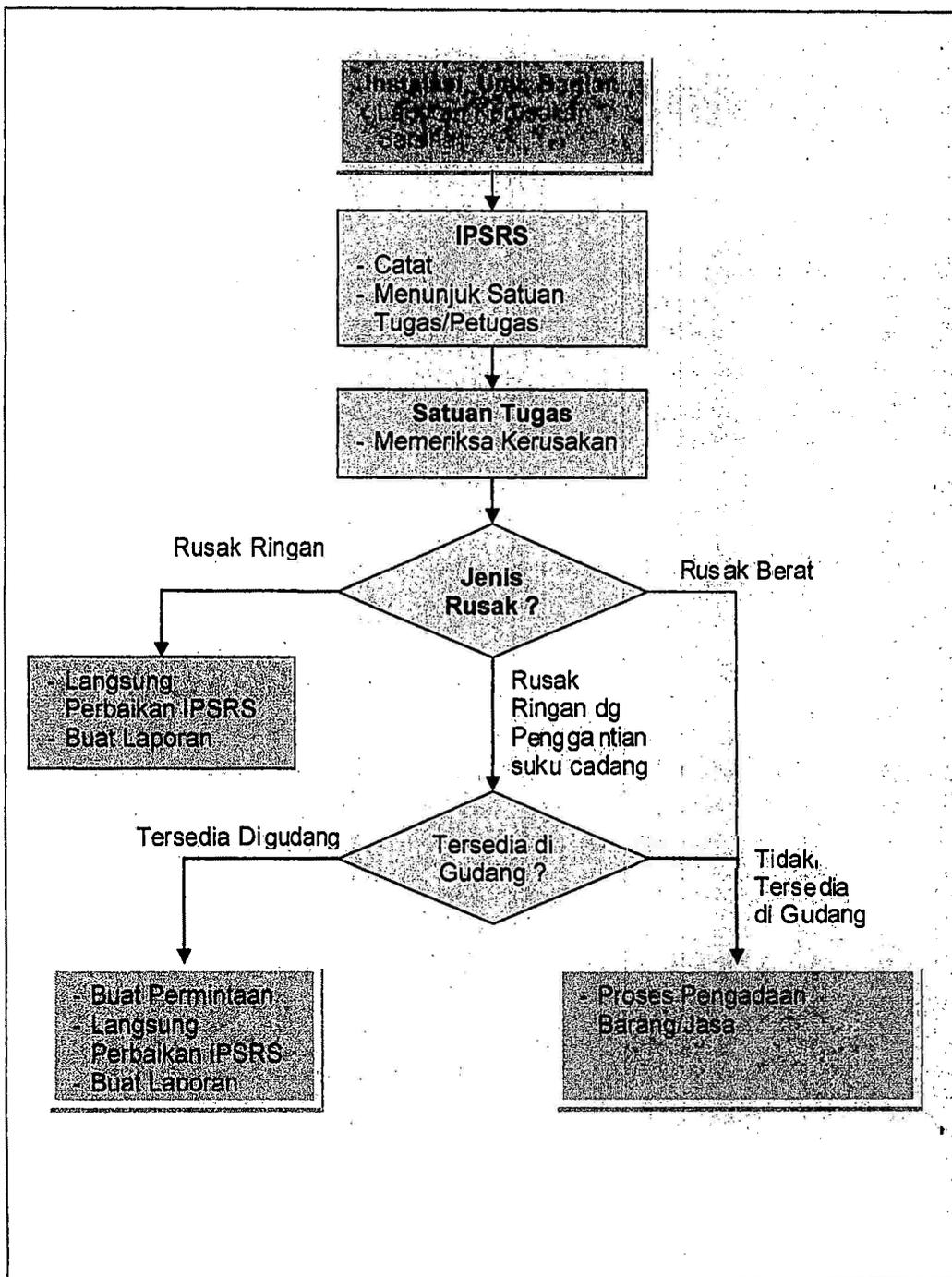
Gambar 2.21 Pelayanan Laundry

2.11. Pelayanan Gizi



Gambar 2.2422 Pelayanan Gizi

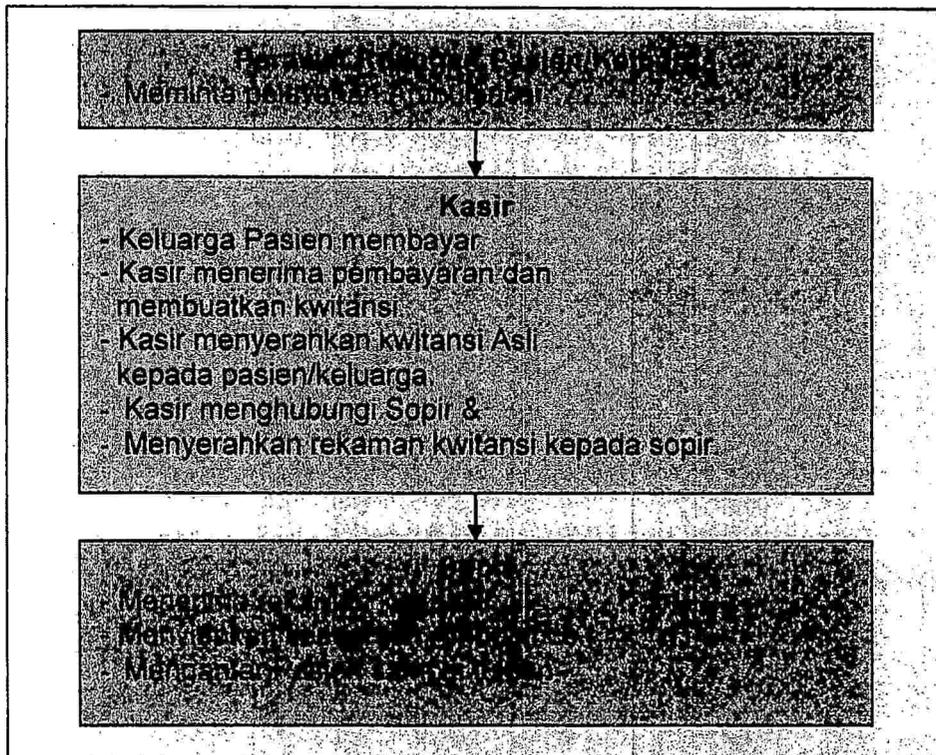
## 2.12. Pelayanan Pemeliharaan/Perbaikan Sarana RS



Gambar 2.23 Pelayanan Pemeliharaan/Perbaikan Sarana RS

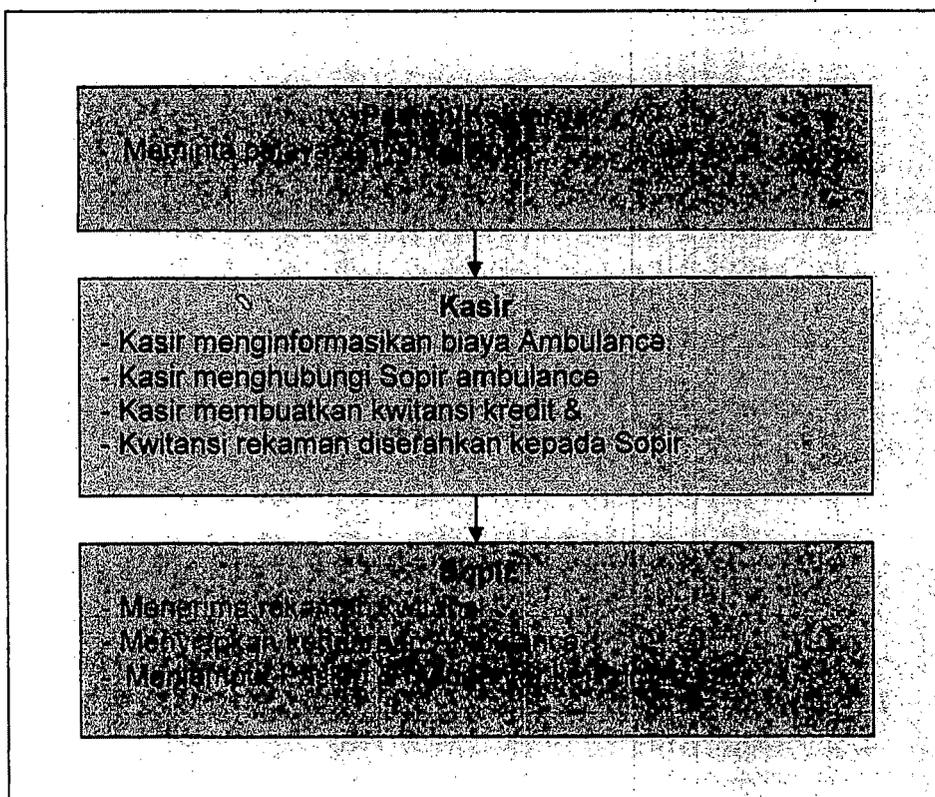
## 2.13. Pelayanan Ambulance

### 2.13.1. Permintaan Pemakaian Ambulance dari Dalam



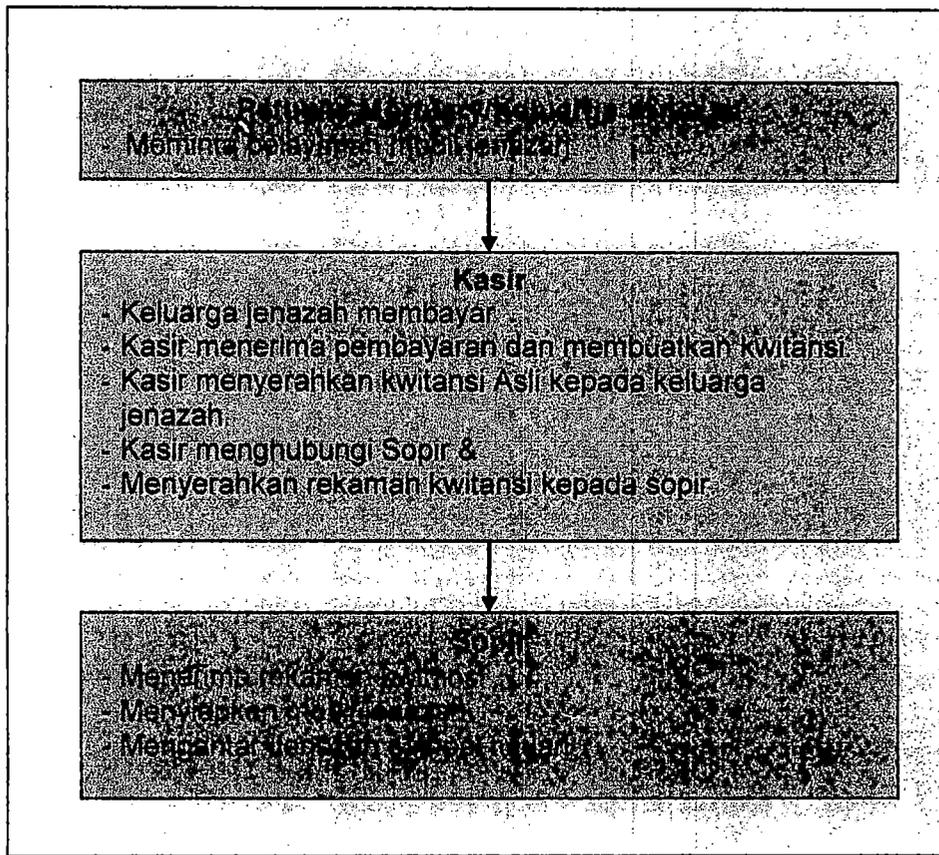
Gambar 2.24 Permintaan Pemakaian Ambulance dari Dalam

### 2.13.2. Permintaan Pemakaian Ambulance dari Luar



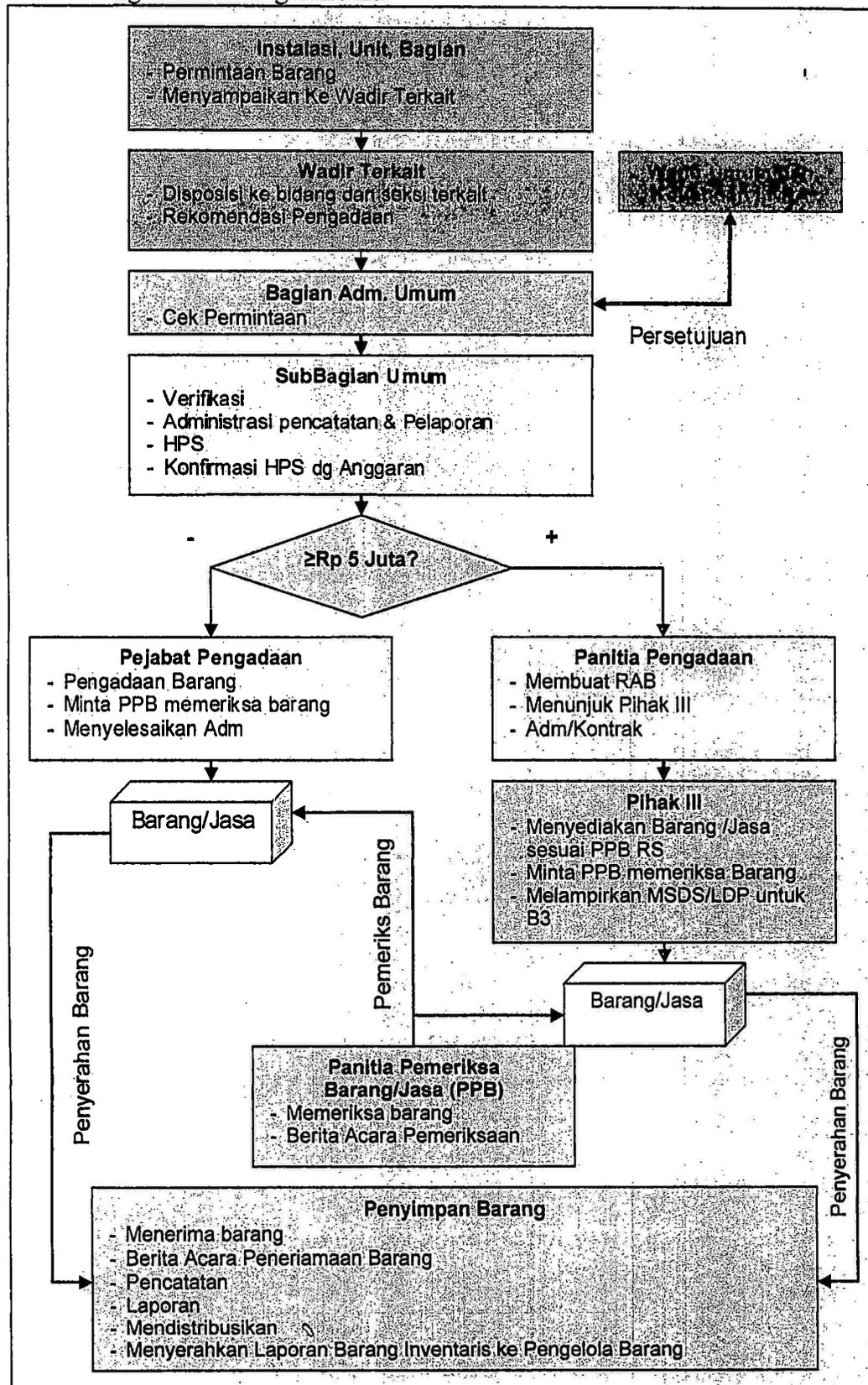
Gambar 2.25 Permintaan Pemakaian Ambulance dari Luar

### 2.13.3. Permintaan Pemakaian Mobil Jenazah



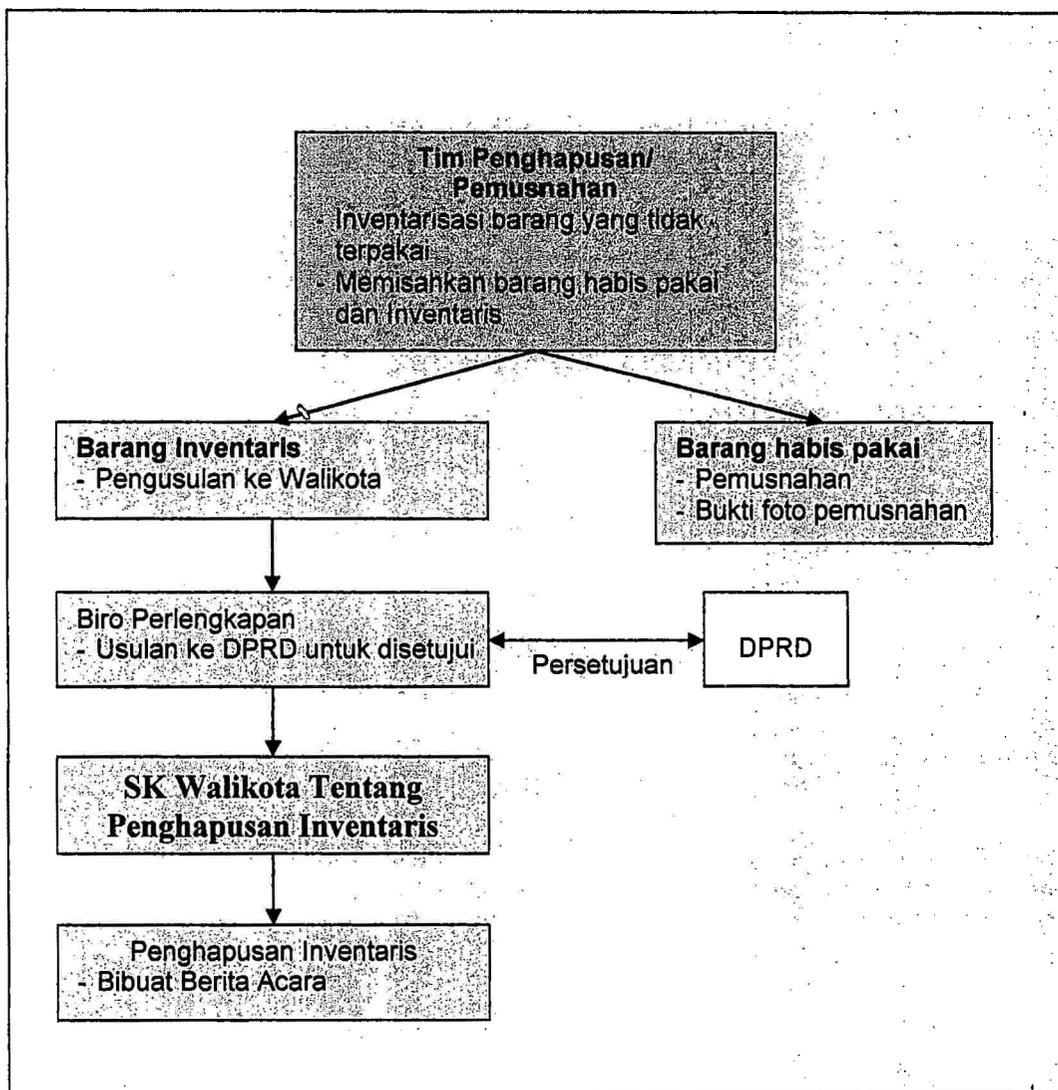
Gambar 2.26 Permintaan Pemakaian Mobil Jenazah

**2.14. Pelayanan Manajemen**  
**2.14.1. Pengadaan Barang dan Jasa**



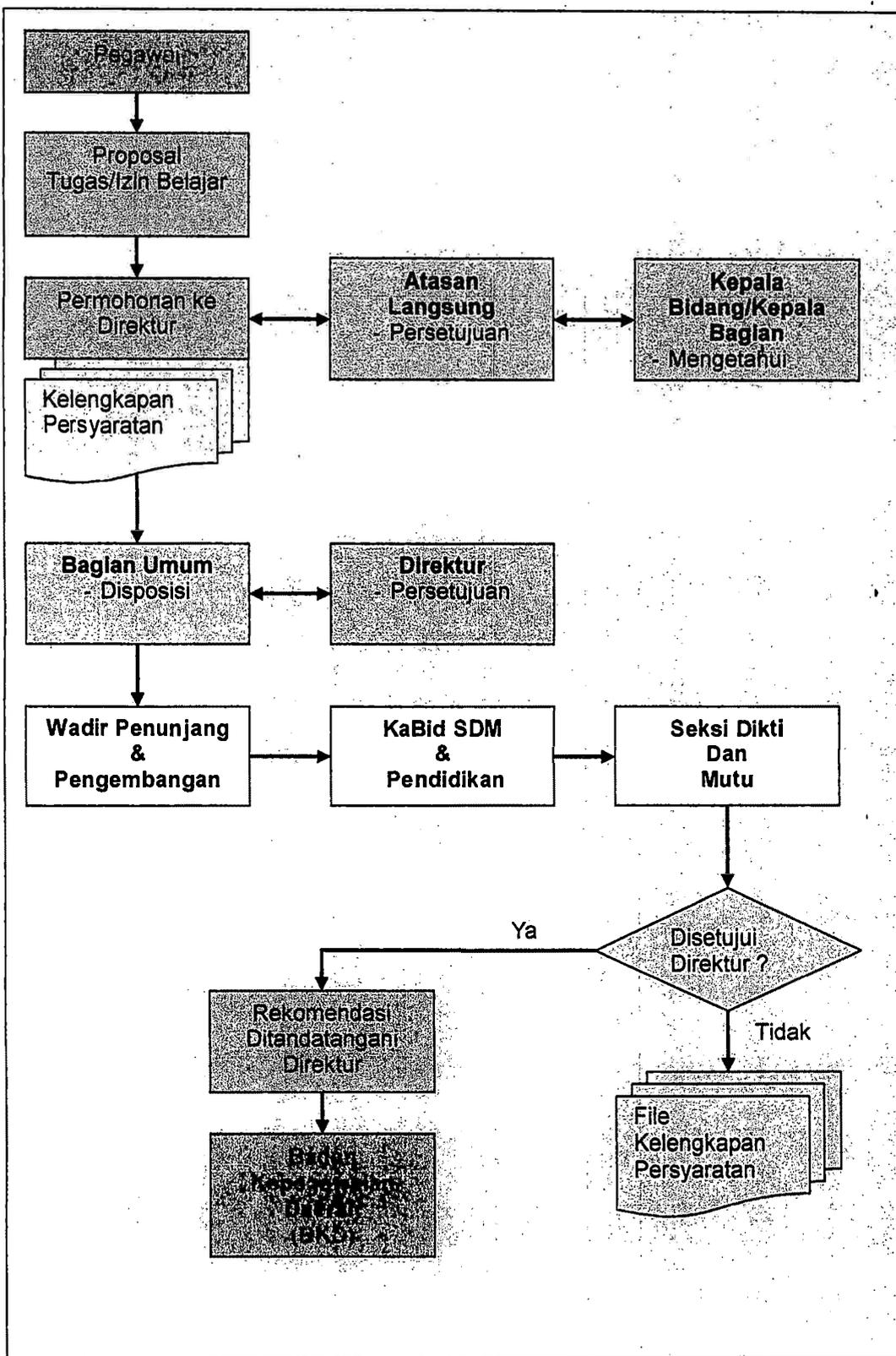
**Gambar 2.27 Pengadaan Barang dan Jasa**

2.14.2. Penghapusan dan Pemusnahan Barang



Gambar 2.28 Penghapusan dan Pemusnahan Barang

2.14.3. Pelayanan Tugas Belajar dan Izin Belajar



Gambar 2.30 Pelayanan Tugas Belajar dan Izin Belajar

## BAB III

### STANDAR KINERJA PELAYANAN

Standar kinerja pelayanan berisikan indikator-indikator kinerja yang penetapannya harus memenuhi 4 kriteria, sebagai berikut :

1. Sahih (valid), yaitu benar-benar dapat dipakai untuk mengukur aspek yang akan dinilai. Dengan demikian indikator memiliki target pencapaian yang realistis dan dapat dicapai sesuai dengan kemampuan Minimum yang dimiliki Rumah Sakit sesuai dengan tipenya.
2. Dapat dipercaya (reliable) yaitu didasarkan pada data yang akurat dan didokumentasikan sesuai dengan sistem informasi yang memadai.
3. Sensisitif, yaitu cukup peka terhadap kebutuhan pengendalian dan pengambilan keputusan perencanaan.
4. Spesifik, yaitu memiliki tujuan tertentu sehingga dapat menunjukkan obyek penilaian yang jelas pada pusat-pusat pertanggungjawaban organisasi.

Setiap indikator ditetapkan standar Minimum pencapaiannya. Standar Minimum adalah suatu kondisi minimum yang mampu dicapai rumah sakit dalam kurun waktu tertentu. Apabila dalam satu tahun kondisi tersebut diprediksikan tidak tercapai oleh karena keterbatasan sumber daya, maka ditetapkan target tahunan yang dimungkinkan di bawah standar minimum.

Sesuai dengan kerangka konseptual proses bisnis rumah sakit, maka standar kinerja pelayanan dikelompokkan dalam pelayanan manajemen, pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan pelayanan penunjang non medik. Kelompok-kelompok pelayanan tersebut ditetapkan jenis pelayanan yang merupakan area pengukuran, indikator kinerja sebagai tolok ukur penilaian, standar minimum yang mampu dicapai dan target pencapaian pada tahun dasar dan tahun pencapaiannya. Proyeksi pencapaian pada tahun dasar yang ditetapkan didasarkan pada hasil pengukuran tahun 2014, sedangkan tahun pencapaian standar minimum yang ditetapkan pada tahun 2015 sampai dengan 2019.

Kelompok-kelompok pelayanan berdasarkan proses bisnis akan dijabarkan dengan model input output pada setiap unit pelayanan yaitu:

1. Pelayanan Gawat Darurat,
2. Pelayanan Rawat Jalan,
3. Pelayanan Rawat Inap,
4. Pelayanan Bedah,
5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi,
6. Pelayanan Intensif,
7. Pelayanan Radiologi,
8. Pelayanan Laboratorium,
9. Pelayanan Fisioterapi,

10. Pelayanan Farmasi,
11. Pelayanan Gizi,
12. Pelayanan Transfusi Darah,
13. Pelayanan Keluarga Miskin,
14. Pelayanan Rekam Medik,
15. Pengelolaan Limbah,
16. Pelayanan Administrasi Manajemen,
17. Pelayanan Ambulance,
18. Pelayanan Pemulsaran Jenazah,
19. Pelayanan Laundry,
20. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit,
21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Pelayanan di atas merepresentasikan pelayanan medik dan asuhan keperawatan, pelayanan penunjang medik, pelayanan penunjang non medik dan pelayanan manajemen. Model input output menghubungkan indikator - indikator yang merupakan variabel yang dominan terhadap mutu layanan seperti peralatan, ruangan dan sumberdaya manusia. Terdapat 3 klasifikasi standar kinerja pada setiap unit pelayanan, yaitu:

- a. Standar input : merupakan tolok ukur kinerja yang digunakan untuk mengukur kemampuan rumah sakit menyediakan sumberdaya yang digunakan untuk pelayanan.
- b. Standar Output : merupakan tolok ukur kinerja yang digunakan untuk mengukur kemampuan rumah sakit memanfaatkan sumber daya yang ada
- c. Standar Mutu : merupakan tolok ukur kinerja yang digunakan untuk mengukur kemampuan rumah sakit menghasilkan mutu layanan sesuai dengan tujuan pelayanan.

Target pencapaian indikator kinerja 100% dicapai pada tahun 2019. Secara rinci pencapaian target SPM masing-masing indikator kinerja di sajikan pada lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari dokumen ini.

### 3.1 Penyediaan Sumber Daya

**Tabel 3.1 Penyediaan Peralatan**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
1.1	Kelengkapan alat	37,98%	100%
1.2	Kalibrasi alat	14,28%	100%
1.3	Kondisi alat yang baik	24,81%	100%

**Tabel 3.2 Penyediaan Ruangan**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
2.1	Kapasitas setiap jenis ruangan yang harus ada	96,30%	100%

**Tabel 3.3 Penyediaan Sumber Daya Manusia (SDM)**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
2.1	Kecukupan tenaga medik dan paramedik	72,60%	100%

**3.2. Pemanfaatan Sumber Daya****Tabel 3.4 Pemanfaatan Alat Diagnosa**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
1.1	Pemanfaatan Alat Laboratorium	100%	100%
1.2	Pemanfaatan Alat Radiologi	100%	100%
1.3	Pemanfaatan Ins. Farmasi	100%	100%
1.4	Pemanfaatan Alat Elektromedik	100%	100%

**Tabel 3.5 Pemanfaatan Alat Tindakan**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
2.1	Pemanfaatan Alat Hemodialisa	100%	100%
2.2	Pemanfaatan Ins. Bedah Sentral	100%	100%
2.3	Pemanfaatan layanan (Rawat inap )	100%	100%
2.4	Pemanfaatan layanan Alat – Alat Fisioterapi	100%	100%

**3.3 Standar Mutu Pelayanan Rumah Sakit****3.3.1 Mutu Profesionalisme Penanganan Penyakit dan Tindakan Medik****Tabel 3.6 Profesionalisme Penanganan Penyakit**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
1.1	Audit Medik Paripurna atas Penanganan penyakit dan Tindakan Medik	-	1 Lap

### 3.3.2 Pelayanan Medik dan Non Medik

**Tab 3.7 Pelayanan Rawat Darurat**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
1.1	Kemampuan menangani life saving	100%	100%
1.2	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat	24Jam	24Jam
1.3	Pemberian Pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	63,64%	100%
1.4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1Tim	1 Tim
1.5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat $\leq$ 5 menit	5 menit	$\leq$ 5 Menit
1.6	Kepuasan pelanggan gawat darurat	70%	$\geq$ 70%
1.7	Kematian pasien $\leq$ 24 jam di gawat darurat	0.13%	$\leq$ 0.2% (2/1000)
1.8	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	100%

**Tabel 3.8 Pelayanan Rawat Jalan**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
2.1	Pemberian pelayanan di klinik spesialis	93.9%	100%
2.2	Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan	Lengkap	Klinik anak, klinik penyakit dalam, klinik kebidanan, klinik bedah
2.3	Buka pelayanan sesuai ketentuan	100%	100%
2.4	Waktu tunggu dirawat jalan	60 menit	$\leq$ 60 menit
2.5	Kepuasan pelanggan di pelayanan rawat jalan	66%	$\geq$ 90%
2.6	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	41.4%	60%
2.7	Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tubercullosis (TB) di Rumah Sakit	100%	60%

**Tabel 3.9 Pelayanan Rawat Inap**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
3.1	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tersedia	Tersedia
3.2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%
3.3	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Lengkap	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
3.4	Jam visite dokter spesialis	93%	100%
3.5	Kejadian infeksi pasca operasi	0.6%	≤1,5%
3.6	Angka kejadian infeksi nosokomial	0.8%	≤1,5%
3.7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%
3.8	Kematian pasien ≥ 48 jam	0.6%	≤0.24%
3.9	Kejadian pulang paksa	1.1%	≤5%
3.10	Kepuasan pelanggan di pelayanan rawat inap	75%	≥ 90%
3.11	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	19.4%	60%
3.12	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	80.6%	100%

**Tabel 3.10 Pelayanan Bedah**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
4.1	Waktu tunggu operasi elektif	1,01 hari	≤ 2 hari
4.2	Kejadian kematian di meja operasi	0%	≤ 1%
4.3	Tidak ada kejadian operasi salah sisi	100%	100%
4.4	Tidak ada kejadian operasi salah orang	100%	100%
4.5	Tidak ada kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%
4.6	Tidak ada kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%
4.7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	0%	≤6%

**Tabel 3.11 Pelayanan Persalinan dan perinatologi**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
5.1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	Pendarahan 0/5 = 0%, pre-eklampsia 0/19 = 0%, sepsis 0/49 = 0%	Pendarahan $\leq 1\%$ , pre-eklampsia $\leq 30\%$ , sepsis $\leq 0,2\%$
5.2	Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	100%
5.3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Pemberi pelayanan di Rawat Inap)	100%	100%
5.4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi (Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi)	100%	100%
5.5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr- 2500 gr	100%	100%
5.6	Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	20.4%	20%
5.7	Keluarga Berencana Mantap	76,5	100%
5.8	Konseling KB Mantap (Keluarga Berencana Mantap)	100%	100%
5.9	Kepuasan pelanggan di pelayanan persalinan	68%	$\geq 80\%$

**Tabel 3.12 Pelayanan Intensif**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
6.1	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	3.3%	$\leq 3\%$
6.2	Pemberi pelayanan unit intensif	75.4%	100%

**Tabel 3.13 Pelayanan Radiologi**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
7.1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	116 menit	$\leq 180$ menit
7.2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	76.2%	100%
7.3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	0.9%	$\leq 2\%$
7.4	Kepuasan pelanggan di pelayanan radiologi	75%	$\geq 80\%$

**Tabel 3.14 Pelayanan Patologi Klinik**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
8.1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	95.7 menit	≤ 140 menit
8.2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	72.1%	100%
8.3	Tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	99.7%	100%
8.4	Kepuasan pelanggan di pelayanan laboratorium	74%	≥ 80%

**Tabel 3.15 Pelayanan Fisioterapi**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
9.1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	0.5%	≤ 50%
9.2	Tidak ada kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%
9.3	Kepuasan pelanggan di pelayanan rehabilitasi medik	74%	≥ 80%

**Tabel 3.16 Pelayanan Farmasi**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
10.1	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	29.3 menit	≤ 30 menit
10.2	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	66 menit	≤ 60 menit
10.3	Tidak ada kesalahan pemberian obat	100%	100%
10.4	Penulisan resep sesuai formularium	92%	100%
10.5	Kepuasan pelanggan di pelayanan farmasi	71%	≥ 80%

**Tabel 3.17 Pelayanan Gizi**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
11.1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	100%	≥ 90%
11.2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	7.9%	≤ 20%
11.3	Tidak ada kesalahan pemberian diet	98.7%	100%

**Tabel 3.18 Pelayanan Transfusi Darah**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
12.1	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse	Belum Aktif	100%
12.2	Kejadian reaksi transfusi	Belum Aktif	≤0,01%

**Tabel 3.19 Pelayanan Keluarga Miskin**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
13.1	Pelayanan terhadap pasien gakin yang datang ke RSUD pada setiap unit pelayanan	100%	100%

**Tabel 3.20 Pelayanan Rekam Medis**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
14.1	Kelengkapan pengisian rekam medik 2 x 24 jam setelah selesai pelayanan	48%	100%
14.2	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	0%	100%
14.3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	23 menit	Rerata ≤ 10 menit
14.4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	45 menit	Rerata ≤ 15 menit

**Tabel 3. 21 Pengelolaan Limbah**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
15.1	Baku mutu limbah cair	100%	100%
15.2	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%	100%

**Tabel 3.22 Pelayanan Administrasi Manajemen**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
16.1	Tindak lanjut hasil rapat direksi	100%	100%
16.2	Kelengkapan lap. Akuntabilitas kinerja	100%	100%
16.3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	78.5%	100%
16.4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	91.6%	100%
16.5	Pegawai mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	43.5%	≥ 60%

16.6	Cost recovery		≥ 40%
16.7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	50%	100%
16.8	Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	1.18 Jam	≤ 2 jam
16.9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%
16.10	Tidak ada keharusan membayar uang muka di pel. Gawat darurat	100%	100%
16.11	Ketepatan buka pelayanan sesuai ketentuan	100%	100%

**Tabel 3.23 Pelayanan Ambulance**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
17.1	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24jam	24jam
17.2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RSUD-KD	100%	100%
17.3	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah oleh masyarakat yg membutuhkan	100%	100%

**Tabel 3.24 Pelayanan Pemulasaraan Jenazah**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
18.1	Waktu tanggap pelayan pemulasaraan jenazah	2Jam	≤ 2 jam

**Tabel 3.25 Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
19.1	Ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat	68.2%	≥ 80%
19.2	Peralatan Medik (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	70.9%	100%
19.3	Ketepatan waktu pemeliharaan alat (non medik)	91.0%	100%

**Tabel 3.26 Pelayanan Laundry**

No	Indikator Kinerja	Tahun 2014	Standar Minimal
20.1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%
20.2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%

**Tabel 3.27 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi**

<b>No</b>	<b>Indikator Kinerja</b>	<b>Tahun 2014</b>	<b>Standar Minimal</b>
21.1	Tersedianya anggota tim Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih	11.1%	75%
21.2	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)	33.3%	60%
21.3	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit	8.3%	75%

**BABIV**  
**PENGUKURAN KINERJA PELAYANAN**

Akurasi data pengukuran kinerja pelayanan bergantung pada ketersediaan sistem pengumpulan data kinerja pelayanan. Sistem tersebut wajib dikelola dengan baik dengan terlebih dahulu seluruh indikator kinerja pelayanan diidentifikasi dengan membuat profilnya.

**4.1 Profil Indikator Kinerja**

Indikator - indikator kinerja pada masing-masing unit pelayanan akan digunakan sebagai dasar pengukuran kinerja pelayanan. Untuk memudahkan pengukuran kinerja maka setiap indikator ditentukan profilnya sebagai berikut :

1. Penyediaan Sumber Daya
2. Penyediaan Peralatan

**4.1.1 Penyediaan Peralatan**

**Tabel 4.1 Kelengkapan Alat Medik**

<b>Judul</b>	<b>Kelengkapan Peralatan di setiap Instalasi dan Unit Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Manajemen
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauhmana manajemen berhasil memenuhi kelengkapan Minimum peralatan medik pada masing-masing unit pelayanan
Definisi Operasional	Kelengkapan alat medik merupakan hal yang harus dipenuhi manajemen dalam menunjang pelayanan yang lengkap kepada pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap akhir tahun
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah peralatan yang ada
Denominator	Jumlah Peralatan sesuai standar
Sumber Data	Daftar Inventaris
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/unit Pelayanan

**Tabel 4.2 Kelayakan Peralatan dengan Kondisi Baik**

<b>Judul</b>	<b>Kondisi Peralatan yang baik di setiap Instalasi dan Unit Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauhmana manajemen berhasil memenuhi kelayakan peralatan medis pada masing-masing unit pelayanan.
Definisi Operasional	Kondisi peralatan yang layak merupakan syarat dapat dilaksanakannya tindakan medik secara sempurna
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap akhir tahun
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah peralatan dengan kondisi baik
Denominator	Jumlah Peralatan yang ada
Sumber Data	Daftar Inventaris
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

**Tabel 4.3 Kelayakan Peralatan Dengan Pemenuhan Kalibrasi**

<b>Judul</b>	<b>Pemenuhan kalibrasi Peralatan di setiap Instalasi dan Unit Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauhmana manajemen berhasil memenuhi kelayakan peralatan medis pada masing-masing unit pelayanan.
Definisi Operasional	Kalibrasi merupakan syarat untuk menjamin bahwa peralatan medik dapat diandalkan dalam pelaksanaan tindakan medik
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap akhir tahun
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah peralatan yang yang mempunyai sertifikat kalibrasi
Denominator	Jumlah Peralatan yang wajib kalibrasi
Sumber Data	Daftar Inventaris
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

#### 4.1.2 Penyediaan Ruangan

**Tabel 4.4 Kapasitas setiap jenis ruangan yang harus ada**

Judul	Ketersediaan Ruangan Pelayanan Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Manajemen
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana Rumah Sakit berhasil memenuhi ketersediaan ruangan
Definisi Operasional	Tersedianya ruang yang memadai akan menjamin kenyamanan baik dokter, perawat maupun pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap akhir tahun
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	luas(m <sup>2</sup> ) ruangan yang ada
Denominator	luas(m <sup>2</sup> ) ruangan yang seharusnya
Sumber Data	Daftar Inventaris Gedung
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

#### 4.13 Penyediaan Sumber Daya Manusia (SDM)

**Tabel 4.5 Ketersediaan SDM**

Judul	Ketersediaan SDM Pelayanan Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Manajemen
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana Rumah Sakit berhasil memenuhi ketersediaan tenaga Medik dan Paramedik
Definisi Operasional	Ketersediaan tenaga medik dan paramedic akan menjamin tertanganinya tindakan medik oleh tenaga yang kompeten dan profesional
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap akhir tahun
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah tenaga medik dan paramedik yang ada
Denominator	Jumlah tenaga medik dan paramedik sesuai standar
Sumber Data	Daftar Pegawai
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit Pelayanan

## 4.2 Pemanfaatan Sumber Daya

### 4.2.1 Pemanfaatan Alat Diagnosis

**Tabel 4.6 Pemanfaatan Alat Laboratorium**

<b>Judul</b>	<b>Pemanfaatan Alat Laboratorium</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas laboratorium Rumah sakit untuk tujuan Diagnosa.
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah Surat pengantar/rujukan laboratorium yang ditujukan ke Laboratorium RSUDKD
Denominator	Jumlah Surat pengantar/rujukan laboratorium yang diberikan kepada pasien
SumberData	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit layanan

**Tabel 4.7 Pemanfaatan Alat Radiologi**

<b>Judul</b>	<b>Pemanfaatan Alat Radologi</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas radiologi Rumah sakit untuk tujuan Diagnosa.
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah Surat pengantar/rujukan radiologi yang ditujukan ke radiologi RSUDKD
Denominator	Jumlah Surat pengantar/rujukan radiologi yang diberikan kepada pasien
SumberData	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit layanan

**Tabel 4.8 Pemanfaatan Instalasi Farmasi**

<b>Judul</b>	<b>Pemanfaatan Instalasi Farmasi</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas Instalasi Farmasi Rumah sakit.
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah resep yang ditujukan ke Instalasi Farmasi RSUDKD
Denominator	Jumlah resep yang diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit layanan

**Tabel 4.9 Pemanfaatan Alat Elektromedik**

<b>Judul</b>	<b>Pemanfaatan Alat Elektromedik</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas Alat Elektromedik Rumah sakit untuk tujuan diagnosa.
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah Rujukan elektromedik yang ditujukan ke ins. elektromedik RSUDKD
Denominator	Jumlah rujukan elektromedik yang diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit layanan

## 4.2.2 Pemanfaatan Alat Tindakan Medik

**Tabel 4.10 Pemanfaatan Alat Hemodialisa**

Judul	Pemanfaatan Alat Hemodialisa
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas Alat Hemodialisa Rumah sakit untuk tujuan tindakan medik
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah Rujukan hemodialisa yang ditujukan ke ins. hemodialisa
Denominator	Jumlah rujukan hemodialisa yang diberikan kepada pasien
SumberData	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit layanan

**Tabel 4.11 Pemanfaatan Instalasi Bedah Sentral**

Judul	Pemanfaatan Instalasi. Bedah Sentral
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas Instalasi. Bedah Sentral Rumah sakit untuk tujuan tindakan medik
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah Rujukan bedah sentral yang ditujukan ke ins. Bedah Sentral
Denominator	Jumlah rujukan bedah sentral yang diberikan kepada pasien
SumberData	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit layanan

**Tabel 4.12 Pemanfaatan layanan Rawat Inap**

<b>Judul</b>	<b>Pemanfaatan layanan Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas layanan (Rawat inap dan bedah)
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah Rujukan dari Irja dan IGD ke RSU atas pelayanan RS RawatInap
Denominator	Jumlah Rujukan atas pelayanan inap yang diberikan kepada pasien
SumberData	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit layanan

**Tabel 4.13 Pemanfaatan Alat Rehabilitasi Medik**

<b>Judul</b>	<b>Pemanfaatan Alat Rehabilitasi Medik</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Untuk menilai sampai sejauh mana unit layanan memanfaatkan fasilitas Alat Rehabilitasi Medik Rumah sakit untuk tujuan tindakan medik
Definisi Operasional	Memanfaatkan fasilitas yang ada di Rumah sakit merupakan wujud dari pengadaan yang optimal
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah Rujukan Rehabilitasi Medik yang ditujukan ke Ins. Fisioterapi
Denominator	Jumlah rujukan Rehabilitasi Medik yang diberikan kepada pasien
Sumber Data	Catatan rujukan di unit layanan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Masing-masing Kepala Instalasi/Unit layanan

### 4.3 Mutu Pelayanan

**Tabel 4.14 Pengukuran Mutu Profesionalisme Penanganan Penyakit dan Tindakan Medik**

Judul	Penanganan penyakit dan Tindakan Medik
Dimensi Mutu	Profesionalisme
Tujuan	Tergambarnya Kepatuhan Rumah Sakit dalam memberikan prosedur penanganan penyakit dan tindakan medik
Definisi Operasional	Penanganan penyakit dan tindakan medik harus sesuai dengan Pedoman Diagnosis dan Therapy yang telah ditetapkan oleh Komite Medik
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun sekali
Numerator	Jumlah laporan hasil audit paripurna oleh komite medik pada suatu penanganan penyakit atau tindakan medik
Denominator	Tidak ada
SumberData	RekamMedik
Standar	1 laporan setiap tahun
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Medik

### 4.4 Pengukuran Mutu Pelayanan Instalasi dan Unit

#### 4.4.1 Pelayanan Gawat Darurat

**Tabel 4.15 Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa**

Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat Darurat
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
SumberData	Rekam Medik di Gawat Darurat

Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

**Tabel 4.16 Jam buka pelayanan gawat darurat**

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat 24 jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
SumberData	Laporan Bulanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

**Tabel 4.17 Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD**

Judul	<b>Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada Gawat Darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
SumberData	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

**Tabel 4.18 Ketersediaan tim penanggulangan bencana**

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
SumberData	Instalasi Gawat Darurat
Standar	Satu Tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

**Tabel 4.19 Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat**

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang 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 disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling ( <i>minimal n=50</i> )
SumberData	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

**Tabel 4.20 Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat**

<b>Judul</b>	<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	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei ( <i>minimal n=50</i> )
SumberData	Survey
Standar	$\geq 70\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

**Tabel 4.21 Kematian Pasien  $\leq 24$  jam di Gawat Darurat**

<b>Judul</b>	<b>Kematian Pasien <math>\leq 24</math> jam di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien Gawat Darurat
Definisi Operasional	Kematian $\leq 24$ jam adalah kematian yang terjadi dalam periode $\leq 24$ jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq 24$ jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
SumberData	RekamMedik
Standar	$\leq 2$ perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

**Tabel 4.22 Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka**

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya keharusan 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 Rumah Sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang 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
SumberData	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### 4.4.2 Pelayanan Rawat Jalan

**Tabel 4.23 Pemberi pelayanan di klinik spesialis**

<b>Judul</b>	<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. (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
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
SumberData	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

**Tabel 4.24 Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan**

<b>Judul</b>	<b>Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di Rumah Sakit.
Definisi Operasional	Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di Rumah Sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi Rumah Sakit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
SumberData	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

**Tabel 4.25 Buka pelayanan sesuai ketentuan**

<b>Judul</b>	<b>Buka pelayanan sesuai ketentuan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis. Jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
SumberData	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

**Tabel 4.26 Waktu tunggu di Rawat Jalan**

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

**Tabel 4.27 Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan**

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan Rawat Jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Rawat Jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Rawat Jalan yang disurvei ( <i>minimal n=50</i> )
SumberData	Survey
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

**Tabel 4.28 Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB**

<b>Judul</b>	<b>Penegakan diagnosis TB melalui periksaan mikroskopis TB</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui periksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

**Tabel 4.29 Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit**

<b>Judul</b>	<b>Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RUMah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di Rumah Sakit
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

#### 4.4.3 Pelayanan Rawat Inap

**Tabel 4.30 Pemberi pelayanan di Rawat Inap**

<b>Judul</b>	<b>Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preklampsia berat, talipusat menumbung
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Kepegawaian dan Rekam Medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

**Tabel 4.31 Dokter penanggung jawab pasien rawat inap**

<b>Judul</b>	<b>Dokter penanggung jawab pasien rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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	Rekammedik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap

**Tabel 4.32 Ketersediaan pelayanan Rawat Inap**

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

**Tabel 4.33 Jam visite dokter spesialis**

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

**Tabel 4.34. Kejadian infeksi pasca oerasi**

<b>Judul</b>	<b>Kejadian infeksi pasca operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerhan (color), pengerasan (tumor), dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dlaam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
SumberData	RekamMedis
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu

**Tabel 4.35. Angka kejadian infeksi nosokomial**

<b>Judul</b>	<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, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
SumberData	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

**Tabel 4.36. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian**

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb. Yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

**Tabel 4.37 Kematian pasien > 48 jam**

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

**Tabel 4.38. Kejadian pulang paksa**

<b>Judul</b>	<b>Kejadian pulang paksa</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
SumberData	RekamMedis
Standar	$\leq 5\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

**Tabel 4.39 Kepuasan pelanggan rawat inap**

<b>Judul</b>	<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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal= 50)
SumberData	Survei
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

**Tabel 4.40 Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB**

<b>Judul</b>	<b>Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui periksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui periksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
SumberData	RekamMedik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

**Tabel 4.41 Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit**

<b>Judul</b>	<b>Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit
SumberData	RekamMedik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

#### 4.4.4 Pelayanan Bedah

**Tabel 4.42 Waktu tunggu operasi efektif**

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

**Tabel 4.43 Kejadian kematian di meja operasi**

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
SumberData	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

**Tabel 4.44 Tidak adanya kejadian operasi salah sisi**

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

**Tabel 4.45 Tidak adanya kejadian operasi salah orang**

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

**Tabel 4.46 Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi**

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

**Tabel 4.47 Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi**

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

**Tabel 4.48 Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube**

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤6%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

#### 4.4.5 Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

**Tabel 4.49. Kejadian kematian ibu karena persalinan**

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre eklampsia, eklampsia, dan sepsis.</p> <p>Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dua dari tiga tanda, yaitu:</p> <p>Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolic &gt; 110 mmHg</p> <p>Protein uria &gt; 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif</p> <p>Oedem tungkai</p> <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklamsi yang disertai kejang dan penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi	Tiap bulan

Pengumpulan Data	§
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam Medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan $\leq 1\%$ , pre-eklampsia $\leq 30\%$ , sepsis $\leq 0,2\%$
Penanggung jawab pengumpul data	

**Tabel 4.50 Pemberi pelayanan persalinan normal**

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

**Tabel 4.51 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit**

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

**Tabel 4.52 Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi**

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

**Tabel 4.53 Kemampuan menangani BBLR 1500 - gr 2500gr**

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

**Tabel 4.54 Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria**

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
SumberData	RekamMedis
Standar	≤20%
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

**Tabel 4.55 Keluarga Berencana**

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi pada alat reproduksi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber Data	Rekam Medik dan Laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Pelayanan Medik

**Tabel 4.56 Konseling KB Mantap**

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

**Tabel 4.57 Kepuasan pelanggan**

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	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	Survey
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Komite Mutu/Tim Mutu

**4.4.6 Pelayanan Intensif****Tabel 4.58 Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam**

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif selama 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 3\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Medik/Mutu

**Tabel 4.59 Pemberi pelayanan unit intensif**

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

**4.4.7 Pelayanan Radiologi****Tabel 4.60 Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto**

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

**Tabel 4. 61 Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen**

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

**Tabel 4.62 Kejadian kegagalan pelayanan rontgen**

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

**Tabel 4.63 Kepuasan pelanggan**

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvey yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvey
SumberData	Survey
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

**4.4.8 Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik****Tabel 4.64 Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium**

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

**Tabel 4.65 Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium**

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	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
SumberData	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

**Tabel 4.66 Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium**

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

**Tabel 4.67 Kepuasan pelanggan**

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

**4.4.9 Pelayanan Rehabilitasi Medik****Tabel 4.68 Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan**

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 50%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

**Tabel 4.69 Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik**

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

**Tabel 4.70 Kepuasan pelanggan**

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
SumberData	Survey
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

#### 4.4.10 Pelayanan Farmasi

**Tabel 4.71 Waktu tunggu pelayanan obat jadi**

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

**Tabel 4.72 Waktu tunggu pelayanan obat racikan**

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu dimulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

**Tabel 4.73 Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat**

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

**Tabel 4.74 Penulisan resep sesuai dengan formularium**

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

**Tabel 4.75 Pelayanan resep sesuai dengan formularium**

Judul	Pelayanan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya efektivitas pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang tidak bisa dilayani sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

**Tabel 4.76 Kepuasan Pelanggan**

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

#### 4.4.11 Pelayanan Gizi

**Tabel 4.77 Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien**

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

**Tabel 4.78 Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien**

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
SumberData	Survey
Standar	$\leq 20\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

**Tabel 4.79 Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet**

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
SumberData	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

**4.4.12 Pelayanan Transfusi Darah****Tabel 4.80 Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi**

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	jumlah seluruh permintaan darah dalam satu bulan
SumberData	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan Bank Darah,

**Tabel 4.81 Kejadian reaksi transfusi**

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

**4.4.13 Pelayanan Keluarga Miskin (Gakin)****Tabel 4.82 Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan**

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

#### 4.4.14 Pelayanan Rekam Medik

**Tabel 4.83 Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan**

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

**Tabel 4.84 Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas**

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

Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
SumberData	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik

**Tabel 4.85 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan**

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

**Tabel 4.86 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap**

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien 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 Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total peyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
SumberData	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata $\leq$ 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medis

#### 4.4.15 Pengelolaan Limbah

**Tabel 4.87 Baku Mutu Limbah Cair**

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

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
SumberData	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	KepalaIPRS

**Tabel 4.88 Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan**

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

#### 4.4.16 Pelayanan Administrasi Manajemen

**Tabel 4.89 Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi**

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	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 pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

**Tabel 4.90 Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja**

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

	pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	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
SumberData	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur

**Tabel 4.91 Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat**

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	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
SumberData	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

**Tabel 4.92 Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala**

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	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
SumberData	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

**Tabel 4.93 Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun**

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumahsakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
SumberData	Sub Bag Kepegawaian
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

**Tabel 4.94 Cost Recovery**

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

**Tabel 4.95 Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan**

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber Data	Sub Bag Keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

**Tabel 4. 96 Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap**

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan  Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	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
SumberData	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Bagian Keuangan

**Tabel 4.97 Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu**

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

#### 4.4.17 Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah

**Tabel 4.98 Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah**

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

**Tabel 4.99 Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit**

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

#### 4.4.18 Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

**Tabel 4.4.100 Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah**

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

#### 4.4.19 Pelayanan Laundry

**Tabel 4.4.101 Tidak adanya kejadian linen yang hilang**

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

**Tabel 4.4.102 Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap**

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

**4.4.20 Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit****Tabel 4.4.103 Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat**

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

**Tabel 4.4.104 Ketepatan waktu pemeliharaan alat**

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan 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 pengumpul data	KepalaIPRS

**Tabel 4.4.105 Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi**

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

#### 4.4.21 Pencegahan Pengendalian Infeksi

**Tabel 4.4.106 Tim PPI**

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

**Tabel 4.4.107 Ketersediaan alat pelindung diri**

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Mutu Pelayanan, Keamanan Pasien, Petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit seperti: masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber Data	Survey
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI

**Tabel 4.4.108 Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit**

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di rumah sakit. Minimal 1 (satu) parameter, antara lain: ILO, ILI, VAP, ISK
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
SumberData	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpul data	TimPPIRS

Keterangan :

- ILO : Infeksi Luka Operasi
- ILI : Infeksi Luka Infus
- VAP : Ventilator Assosiated Pneumonie
- ISK : Infeksi Saluran Kemih

8

**BAB V**  
**PENUTUP**

Secara umum RSUD Dr. F.L. Tobing sangat membutuhkan perbaikan sistem pengelolaan manajemen dalam mewujudkan upaya menuju Badan Layanan Umum. Agar dalam pelaksanaan tugas-tugas pelayanan menjalankan prinsip-prinsip bisnis yang sehat, maka Standar Pelayanan Minimal adalah titik awal dalam memperbaiki sistem pengelolaan manajemen secara keseluruhan dengan menetapkan standar kinerja pada masing-masing pusat pertanggungjawaban pelayanan.

Tugas-tugas tersebut secara operasional wajib dilaksanakan dan dipertanggungjawabkan kepada publik sekaligus sebagai tolok ukur pertumbuhan menjadi lebih mandiri dan produktif.

Dalam rangka perbaikan kinerja, sangat diharapkan adanya kerjasama dan saling pengertian antara berbagai pihak yang terkait dengan pelaksanaan tugas-tugas pelayanan RSUD Dr. F.L. Tobing dalam bentuk :

- 1) Partisipasi dari pengambil kebijakan publik yaitu DPRD dan Eksekutif untuk menilai secara transparan kinerja RSUD Dr. F.L. Tobing dan memberikan dukungan sepenuhnya untuk peningkatan kinerja sesuai tolok ukur SPM.
- 2) Koordinasi dan Sinkronisasi program dan kegiatan dari kegiatan pelayanan RSUD Dr. F.L. Tobing serta perubahan paradigma aparat pelayanan untuk menekankan pelaksanaan kegiatan yang berorientasi hasil dan proses, sehingga terjadi sinkronisasi antara keinginan masyarakat dengan upaya yang dilakukan RSUD Dr. F.L. Tobing.
- 3) Evaluasi secara periodik atas pencapaian indikator kinerja SPM sebagai bukti adanya komitmen manajemen dalam meningkatkan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat.

Demikian Standar Pelayanan Minimal ini dibuat untuk dapat digunakan dan dijadikan pedoman dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal PPK-BLUD di RSUD Dr. F.L. Tobing Sibolga.

WALIKOTA SIBOLGA,

Dito

M.SYARFIHUTAURUK