



BUPATI KENDAL

PROVINSI JAWA TENGAH
PERATURAN BUPATI KENDAL
NOMOR 16 TAHUN 2018

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Dr. H. SOEWONDO KABUPATEN KENDAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KENDAL,

- Menimbang :
- a. bahwa Rumah Sakit sebagai sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, maka Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Soewondo Kabupaten Kendal diharapkan untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat di Kabupaten Kendal;
 - b. bahwa untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Soewondo Kabupaten Kendal kepada masyarakat dan sesuai dengan ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, maka Bupati menetapkan Peraturan Bupati Kendal tentang standar pelayanan minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Soewondo Kabupaten Kendal;
 - c. bahwa Peraturan Bupati Kendal Nomor 38 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kabupaten Kendal sudah tidak sesuai dengan kondisi sekarang sehingga perlu diganti;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, maka perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kabupaten Kendal;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1965 tentang pembentukan Daerah Tingkat II Batang dengan mengubah Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 52, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2757);
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 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
7. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
8. 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 beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1950 tentang Penetapan Mulai Berlakunya Undang-Undang 1950 Nomor 12, 13, 14 dan 15 dari Hal Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten di Jawa Timur/Tengah/Barat dan Daerah Istimewa Yogyakarta;

10. Peraturan Pemerintah Nomor 16 Tahun 1976 tentang Perluasan Kotamadya Daerah Tingkat II Semarang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1976 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3079);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
13. Peraturan Presiden Nomor 87 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 5);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
17. Peraturan Daerah Kabupaten Kendal Nomor 23 Tahun 2011 tentang Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten Kendal (Lembaran Daerah Kabupaten Kendal Tahun 2011 Nomor 23 Seri E No. 14, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kendal Nomor 87);
18. Peraturan Daerah Kabupaten Kendal Nomor 4 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Publik di Kabupaten Kendal (Lembaran Daerah Kabupaten Kendal Tahun 2012 Nomor 4 Seri E No. 3, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kendal Nomor 96);

19. Peraturan Daerah Kabupaten Kendal Nomor 6 Tahun 2016 tentang Urusan Pemerintahan yang menjadi Kewenangan Pemerintah Daerah Kabupaten Kendal (Lembaran Daerah Kabupaten Kendal Tahun 2016 Nomor 6 Seri E No. 3, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kendal Nomor 157);
20. Peraturan Daerah Kabupaten Kendal Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Kendal (Lembaran Daerah Kabupaten Kendal Tahun 2016 Nomor 8 Seri D No. 1);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. H. SOEWONDO KABUPATEN KENDAL.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Kendal.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Kendal.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo yang selanjutnya disebut RSUD Dr. H. Soewondo adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kabupaten Kendal.
5. Direktur adalah Direktur RSUD Dr. H. Soewondo Kabupaten Kendal.
6. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
7. 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 tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
8. Jenis pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh RSUD Dr. H. Soewondo kepada masyarakat.
9. Pelayanan Medik adalah pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh RSUD Dr. H. Soewondo yang meliputi rawat jalan, rawat darurat, rawat inap dan rehabilitasi medik.

10. Pelayanan Penunjang Medik adalah pelayanan penunjang medik RSUD Dr. H. Soewondo.
11. Pelayanan Keperawatan adalah pelayanan keperawatan RSUD Dr. H. Soewondo yang terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
12. Pelayanan Administrasi Manajemen adalah pelayanan administrasi yang dilaksanakan oleh manajemen RSUD Dr. H. Soewondo yang meliputi bidang perencanaan, kepegawaian dan keuangan.
13. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD Dr. H. Soewondo kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan pelayanan administrasi manajemen.
14. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.

BAB II SPM PADA RSUD Dr. H. SOEWONDO

Pasal 2

- (1) RSUD Dr. H. Soewondo dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan wajib berdasarkan SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran I, Lampiran II, Lampiran III dan Lampiran IV yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) menjadi acuan dalam pelayanan kesehatan, meliputi jenis pelayanan, indikator kinerja dan target.

Pasal 3

SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dilaksanakan melalui penerapan standar pelayanan kesehatan yang ditetapkan di RSUD Dr. H. Soewondo.

BAB III PENGORGANISASIAN

Pasal 4

- (1) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD Dr. H. Soewondo sesuai SPM.
- (2) Direktur dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan di RSUD Dr. H. Soewondo berpedoman pada SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2.

- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), secara operasional dilaksanakan oleh semua lini melalui penerapan standar pelayanan kesehatan di bawah koordinasi Wakil Direktur Bidang Administrasi.
- (4) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilakukan oleh tenaga/pegawai RSUD Dr. H. Soewondo sesuai kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

BAB IV PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing bidang pelayanan pada RSUD Dr. H. Soewondo.
- (2) Sumber pembiayaan pelaksanaan pelayanan kesehatan untuk mendukung pencapaian target sesuai SPM seluruhnya dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja RSUD Dr. H. Soewondo.

BAB V PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 6

- (1) Pemerintah Daerah melakukan pembinaan dan fasilitasi dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD Dr. H. Soewondo sesuai SPM.
- (2) Pembinaan dan fasilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan yang meliputi :
 - a. perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai SPM;
 - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target;
 - c. penilaian pengukuran kinerja; dan
 - d. penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan SPM.

Pasal 7

- (1) Direktur melaksanakan pengawasan teknis dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD Dr. H. Soewondo sesuai SPM.
- (2) Direktur menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan RSUD Dr. H. Soewondo sesuai SPM kepada Bupati secara periodik.

Pasal 8

- (1) Bupati melalui Dewan Pengawas melaksanakan pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan pelayanan RSUD Dr. H. Soewondo sesuai SPM yang ditetapkan.
- (2) Hasil pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan pelayanan sesuai SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 9

Pada saat mulai berlakunya Peraturan Bupati ini, maka Peraturan Bupati Kendal Nomor 38 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo Kabupaten Kendal (Berita Daerah Kabupaten Kendal Tahun 2009 Nomor 38 Seri E No. 33) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 10

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Kendal.

Ditetapkan di Kendal
Pada tanggal 11 Mei 2018

BUPATI KENDAL,
cap ttd
MIRNA ANNISA

Diundangkan di Kendal
Pada tanggal 11 Mei 2018

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN KENDAL,

cap ttd

MOH.TOHA

LAMPIRAN I : PERATURAN BUPATI KENDAL
NOMOR : 16
TANGGAL : 11 Mei 2018

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG.

Peraturan Bupati Kendal Nomor 38 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan minimal Pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Soewondo masih menjadi rujukan penilaian kinerja pelayanan RSUD Dr. H. Soewondo selama ini. Mengingat perkembangan jenis pelayanan dan menyesuaikan penilaian kinerja pelayanan yang menjadi rujukan oleh institusi terkait, maka menjadi sangat penting bagi RSUD dr. H. Soewondo untuk menyesuaikan Standar Pelayanan Minimal yang menjadi rujukan penilaian kinerja dalam bentuk Peraturan Bupati.

Indikator yang disusun oleh RSUD Dr. H. Soewondo bertujuan untuk mengukur kinerja RSUD Dr. H. Soewondo secara nyata. Nilai terendah yang harus dapat dicapai dalam suatu pengukuran disebut standar minimal. Semakin tinggi nilai yang didapat maka dapat dikatakan semakin baik output berupa kinerja pelayanan institusi yang diukur.

B. MAKSUD DAN TUJUAN.

Standar pelayanan minimal pada RSUD Dr. H. Soewondo disusun dengan maksud agar tersedianya panduan bagi RSUD Dr. H. Soewondo Kabupaten Kendal dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal di RSUD Dr. H. Soewondo. Standar pelayanan minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan target RSUD Dr. H. Soewondo Tahun 2018 – 2022 dan cara perhitungan/rumus/pembilangan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja dan sumber data.

C. PENGERTIAN.

Umum.

1. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.
2. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kurative dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Definisi Operasional :

1. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
2. Mutu Pelayanan dasar adalah ukuran kuantitas dan kualitas barang dan/atau jasa kebutuhan dasar serta pemenuhannya secara minimal dalam pelayanan dasar sesuai standar teknis agar hidup secara layak.
3. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
4. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
5. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahane terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
6. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
7. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
8. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
9. Pembilang (*numerator*) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
10. Penyebut (*denominator*) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
11. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
12. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

D. PRINSIP PENYUSUNAN DAN PENETAPAN SPM.

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

1. Konsensus, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan instalasi terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusun;
2. Sederhana, SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami;
3. Nyata, SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis;
4. Terukur, seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif ataupun kuantitatif;
5. Terbuka, SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat;

6. Terjangkau, SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia;
7. Akuntabel, SPM dapat dipertanggung gugatkan kepada publik;
8. Bertahap, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

E. LANDASAN HUKUM.

1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Provinsi Jawa Tengah sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1965 tentang pembentukan Daerah Tingkat II Batang dengan mengubah Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 52, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2757);
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 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
7. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
8. 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 beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1950 tentang Penetapan Mulai Berlakunya Undang-Undang 1950 Nomor 12, 13, 14 dan 15 dari Hal Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten di Jawa Timur/Tengah/Barat dan Daerah Istimewa Yogyakarta;

10. Peraturan Pemerintah Nomor 16 Tahun 1976 tentang Perluasan Kotamadya Daerah Tingkat II Semarang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1976 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3079);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
13. Peraturan Presiden Nomor 87 Tahun 2014 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 5);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
17. Peraturan Daerah Kabupaten Kendal Nomor 23 Tahun 2011 tentang Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten Kendal (Lembaran Daerah Kabupaten Kendal Tahun 2011 Nomor 23 Seri E No. 14, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kendal Nomor 87);
18. Peraturan Daerah Kabupaten Kendal Nomor 4 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Publik di Kabupaten Kendal (Lembaran Daerah Kabupaten Kendal Tahun 2012 Nomor 4 Seri E No. 3, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kendal Nomor 96);
19. Peraturan Daerah Kabupaten Kendal Nomor 6 Tahun 2016 tentang Urusan Pemerintahan yang menjadi Kewenangan Pemerintah Daerah Kabupaten Kendal (Lembaran Daerah Kabupaten Kendal Tahun 2016 Nomor 6 Seri E No. 3, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kendal Nomor 157);
20. Peraturan Daerah Kabupaten Kendal Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Kendal (Lembaran Daerah Kabupaten Kendal Tahun 2016 Nomor 8 Seri D No. 1);

BAB II
SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RSUD Dr. H. SOEWONDO

SISTEMATIKA DOKUMEN SPM DISUSUN DALAM BENTUK :

Bab I PENDAHULUAN yang terdiri dari :

- a. LATAR BELAKANG.
- b. MAKSUD DAN TUJUAN.
- c. PENGERTIAN.
- d. LANDASAN HUKUM.

Bab II SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD Dr.H. SOEWONDO

Bab III PROFIL RSUD Dr. H. SOEWONDO

- a. TIPE.
- b. VISI, MISI DAN MOTO.
- c. SUMBER DAYA MANUSIA.
- d. JENIS PELAYANAN.

Bab IV STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD Dr. H. SOEWONDO terdiri dari:

- a. JENIS PELAYANAN.
- b. SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR.

BAB V PENUTUP.

LAMPIRAN

BAB III
PROFIL RSUD Dr. H. SOEWONDO

A. TIPE.

RSUD dr. H. Soewondo merupakan Rumah Sakit Pemerintah Daerah Kabupaten Kendal dengan Tipe B Non Pendidikan. Berdiri di atas tanah seluas ± 56.573 m², dengan luas bangunan 13.000 m² (tiga belas ribu meter persegi), jumlah tempat tidur pelayanan rawat inap di RSUD dr. H. Soewondo memiliki kelas yang bervariasi mulai dari VIP sampai dengan kelas tiga dengan fasilitas yang berbeda-beda. Jumlah keseluruhan tempat tidur sebanyak 271 (dua ratus tujuh puluh satu) tempat tidur, dengan komposisi sebagai berikut :

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| 1. Ruang Perawatan Kelas III | : 132 tempat tidur |
| 2. Ruang Perawatan Kelas II | : 38 tempat tidur |
| 3. Ruang Perawatan Kelas I | : 44 tempat tidur |
| 4. Ruang Perawatan VIP | : 6 tempat tidur |
| 5. ICU | : 12 tempat tidur |
| 6. Peristi | : 20 tempat tidur |
| 7. HCU/HND | : 5 tempat tidur |
| 8. Ruang Isolasi | : 14 tempat tidur |

B. VISI, MISI DAN MOTO.

1. VISI.

Menjadi Rumah Sakit Yang Bermutu dan Terpercaya Bagi Masyarakat Kendal dan Sekitarnya.

2. MISI.

1. Mengembangkan pelayanan rumah sakit yang terjangkau, aman dan bermutu bagi seluruh lapisan masyarakat kabupaten Kendal dan sekitarnya;
2. Meningkatkan kapasitas dan kualitas pelayanan rumah sakit yang memenuhi standar;
3. Meningkatkan kinerja pelayanan publik;
4. Mengembangkan jejaring kerjasama dengan Institusi dan organisasi profesi serta institusi pendidikan.

3. MOTO.

“SENYUMKU ADALAH PENYEMBUHANMU”.

C. SUMBER DAYA MANUSIA.

NO.	KEAHLIAN	JUMLAH
1.	Dokter Spesialis	25
2.	Dokter Gigi Spesialis	3
3.	Dokter Umum	19
4.	Dokter Gigi	5
5.	Tenaga Perawat	250
6.	Tenaga Bidan	35
7.	Tenaga Farmasi	29
8.	Tenaga Rekam Medis	28
9.	Tenaga Laboratorium	15
10.	Tenaga Radiologi	8
11.	Tenaga Gizi	13
12.	Tenaga Umum	170

D. PELAYANAN DAN FASILITAS.

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT.

Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. H. Soewondo siap melayani 24 jam secara cepat, tepat didukung SDM yang profesional, fasilitas yang memadai dan peralatan yang canggih.

Fasilitas tersebut meliputi :

1. Ruang *Triase*;
2. Ruang *resusitasi* jantung paru;
3. Ruang Tindakan;
4. Ruang PONEK;
5. Ruang Tunggu;
6. Alat Pacu Jantung/Defibrilator;
7. *Ambulance* 24 jam;
8. *Nebulizer*;
9. *Pneumatic tube*.

II. PELAYANAN RAWAT JALAN.

Pelayanan rawat jalan terdiri dari :

1. Poli Penyakit Dalam;
2. Poli Anak ;
3. Poli Bedah ;
4. Poli Kebidanan dan Kandungan ;
5. Poli Syaraf;
6. Poli Mata;
7. Poli THT;
8. Poli Kulit dan Kelamin;
9. Poli Jiwa dan Narkoba;
10. Poli Gigi dan Mulut;
11. Poli Orthopedi;
12. Poli Paru;
13. Poli VCT;

III. PELAYANAN RAWAT INAP.

Pelayanan rawat inap di RSUD dr. H. Soewondo memiliki kelas yang bervariasi mulai dari VIP sampai dengan kelas tiga dengan fasilitas yang berbeda-beda. Jumlah keseluruhan tempat tidur sebanyak 271 tempat tidur, dengan komposisi sebagai berikut :

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| 1. Ruang Perawatan Kelas III | : 132 Tempat Tidur |
| 2. Ruang Perawatan Kelas II | : 38 Tempat Tidur |
| 3. Ruang Perawatan Kelas I | : 44 Tempat Tidur |
| 4. Ruang Perawatan VIP | : 6 Tempat Tidur |
| 5. ICU | : 12 Tempat Tidur |
| 6. Peristi | : 20 Tempat Tidur |
| 7. HCU/HND | : 5 Tempat Tidur |
| 8. Ruang Isolasi | : 14 Tempat Tidur |

IV. PELAYANAN PENUNJANG.

1. Instalasi Bedah Sentral (IBS);
2. Instalasi Laboratorium;
3. Instalasi Radiologi;
4. Instalasi Farmasi;
5. Instalasi Gizi;
6. Instalasi Kamar Jenazah;
7. Unit CSSD;
8. Unit *Laundry*;
9. Pelayanan Rehab Medik;
10. Pelayanan Elektromedik;
11. Pelayanan *General Check Up*;
12. Pelayanan Hemodialisa.

V. PELAYANAN LAINNYA.

1. Pelayanan *General Check Up*;
2. Pelayanan Mobil Jenazah.

VI. PELAYANAN UMUM.

1. Fasilitas Parkir;
2. Ruang Tunggu Pengunjung Pasien;
3. Foto kopi;
4. Bank/ATM.

VII. PELAYANAN ASURANSI.

1. Jaminan Kesehatan Nasional;
2. Jamkesda;
3. *Inhealth*;
4. Penjamin Kesehatan yang lain.

VIII. KERJA SAMA

1. Pendidikan;
2. Pelayanan Kesehatan;
3. Umum.

BAB IV
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD dr. H. SOEWONDO

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dalam pedoman ini meliputi jenis-jenis pelayanan indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit.

A. Jenis-jenis pelayanan rumah sakit.

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

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

B. SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar .

Adapun Standar Pelayanan minimal untuk setiap pelayanan, indikator dan standar dapat dilihat pada Lampiran II. Sementara rinciannya dapat dilihat dalam Lampiran III.

BAB V PENUTUP

Standar pelayanan minimal rumah sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian mengingat kondisi masing-masing daerah yang terkait dengan sumber daya yang tidak merata maka diperlukan pentahapan dalam pelaksanaan SPM oleh masing-masing daerah. SPM ini ditetapkan sejak tahun 2018 sampai dengan tahun 2022, sesuai dengan kondisi/perkembangan kapasitas daerah. Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah

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

BUPATI KENDAL,

cap ttd

MIRNA ANNISA

LAMPIRAN II : PERATURAN BUPATI KENDAL
 NOMOR : 16
 TANGGAL : 11 Mei 2018

SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1	2	3	4
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	100 %
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 jam
		3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100 %
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di gawat darurat	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang
		6. Kepuasan Pelayanan	≥ 70 %
		7. Kematian pasien < 24 jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
		8. Khusus untuk RS jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam	100 %
		9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %
2.	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100 % Dokter Spesialis
		2. Ketersediaan pelayanan	a. Klinik anak; b. Klinik penyakit dalam; c. Klinik kebidanan; d. Klinik bedah.
		3. Ketersediaan pelayanan di RS jiwa	a. Anak remaja; b. NAPZA; c. Gangguan Psikotik; d. Gangguan <i>Neurotic</i> ; e. Mental <i>retardasi</i> ; f. Mental <i>organic</i> ; g. Usia lanjut.

		4. Jam buka pelayanan	08.00 sampai dengan 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00-11.00
		5. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit
		6. Kepuasan pelanggan	≥ 90 %
		7. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	≥ 60 %
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≤ 60 %
3.	Rawat Inap	a. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3
		b. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %
		c. Ketersediaan pelayanan rawat inap	a. Anak b. Penyakit dalam c. Kebidanan d. Bedah
		e. Jam <i>visite</i> dokter spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja
		f. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %
		g. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %
		h. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100 %
		i. Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %
		j. Kejadian pulang paksa	≤ 5 %
		10. Kepuasan pelanggan	≥ 90 %
		11. Rawat inap TB	
		a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	a. ≥ 60%

		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah sakit	b. $\geq 60\%$
		12. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, gangguan Psikotik, gangguan nerotik, dan gangguan <i>mental organic</i>
		13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100 %
		14. Tidak adanya kejadian kematian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100 %
		15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu
4.	Bedah Sentral (Bedah saja)	1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari
		2. Kejadian kematian di meja operasi	$\leq 1\%$
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan <i>anestesi endotracheal tube</i>	$\leq 6\%$
5.	Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih (asuhan Persalinan Normal) c. Bidan
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih

		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr- 2500 gr	100 %
		6. Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i>	≤ 20 %
		7. Keluarga berencana	100 %
		8. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
6.	Intensif	1. Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %
		2. Pemberi pelayanan unit intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara (D4)
7.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto	≤ 3 jam
		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp. Rad
		3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	Kerusakan Foto ≤ 2 %
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
8.	Lab. Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	1. ≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin
		2. Pelaksana ekspertisi	2. Dokter Sp. PK
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	3. 100 %
		4. Kepuasan pelanggan	4. ≥ 80 %
9.	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang di rencanakan.	1. ≤ 50 %
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	2. 100 %
		3. Kepuasan pelanggan	3. ≥ 80 %
10.	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan	1. a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit

		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	2. 100 %
		3. Kepuasan pelanggan	3. ≥ 80 %
		4. Penulisan resep sesuai formularium	4. 100 %
11.	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1. ≥ 90 %
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	2. ≤ 20 %
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	3. 100 %
12.	Tranfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi	1. 100 % terpenuhi
		2. Kejadian reaksi tranfusi	2. $\leq 0,01$ %
13.	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani
14.	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medic 24 jam setelah selesai pelayanan	1. 100 %
		2. Kelengkapan informed content setelah mendapatkan informasi yang jelas	2. 100 %
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat jalan	3. ≤ 10 %
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap	4. ≤ 15 menit
15.	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair	1. a. BOD < 30 mg/1 b. COD < 80 mg/ 1 c. TSS < 30 mg/ 1 d. PH 6-9
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	2. 100 %
16.	Administrasi dan manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	1. 100 %
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	2. 100 %

		<p>3. Ketetapan waktu pengusulan kenaikan pangkat</p> <p>4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala</p> <p>5. Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam setahun</p> <p>6. <i>Cost recovery</i></p> <p>7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan</p> <p>8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap</p> <p>9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu</p>	<p>3. 100 %</p> <p>4. 100 %</p> <p>5. ≥ 60 %</p> <p>6. ≥ 40 %</p> <p>7. 100 %</p> <p>8. ≤ 2 jam</p> <p>9. 100 %</p>
17.	Ambulance/ kereta Jenazah	<p>1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah</p> <p>2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di rumah sakit</p>	<p>1. 24 jam</p> <p>2. ≤ 230 menit</p>
18.	Pemulasaraan Jenazah	1. Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam
19.	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	<p>1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat</p> <p>2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat</p> <p>3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi</p>	<p>≤ 80 %</p> <p>100 %</p> <p>100 %</p>

20.	Pelayanan <i>Laundry</i>	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 % 100 %
21.	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih 2. Tersedia APD di setiap instalasi 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (<i>Health Care Associated Infection</i>) di RS (min 1 parameter)	1. Anggota Tim PPI yang terlatih 75 % 2. 60 % 3. 75 %

BUPATI KENDAL,

cap ttd

MIRNA ANNISA

LAMPIRAN III : PERATURAN BUPATI KENDAL
NOMOR : 16
TANGGAL : 11 Mei 2018

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT.

1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa.

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

2. Jam buka pelayanan Gawat Darurat.

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka Gawat Darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standart	24 jam
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi Pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS.

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

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana.

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standart	Satu tim
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat.

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

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat.

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvey (minimal n = 50)
Sumber Data	<i>Survey</i>
Standart	≥ 70 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Tim Mutu/Panitia Mutu

7. Kematian Pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat.

Judul	Kematian Pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian \leq 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode \leq 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standart	\leq 2 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Pasien Jiwa dapat ditenangkan dalam waktu \leq 48 jam.

Judul	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu \leq 48 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu meenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa
Definisi Operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan interverensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresid yang dapt mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita
Frekuensi Pengumpulan Data	tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresi yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

9. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka.

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak Rumah Sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis ang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN.

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis.

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di Rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rawat jalan

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan.

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit.
Definisi Operasional	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standart	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rawat jalan

3. Buka pelayanan sesuai ketentuan.

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

4. Waktu tunggu di Rawat Jalan.

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja disetiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di <i>survey</i>
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di <i>survey</i>
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standart	≤ 60 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rawat jalan/ komite mutu/ tim mutu

5. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan.

Judul	Kepuasan Pelanggan pada di 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 di <i>survey</i>
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di <i>survey</i> (minimal n=50)
Sumber Data	<i>Survey</i>
Standart	≥ 90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rawat jalan/tim mutu/panitia mutu

6. Pasien Rawat Jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS.

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

III. PELAYANAN RAWAT INAP.

1. Pemberi pelayanan rawat inap.

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rawat inap

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap.

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rawat inap

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap.

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standart	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah.
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rawat inap

4. Jam visite dokter spesialis.

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan jam 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

5. Kejadian infeksi pasca operasi.

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standart	$\leq 1,5 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

6. Angka kejadian infeksi nosocomial.

Judul	Angka Kejadian infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian ineksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Ineksi nosokomial adalah ineksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, <i>phlebitis</i> , sepsis dan infeksi luka operasi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yangn terkena ineksi nosokomial dalam satu bulan yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survey, laporan infeksi nosokomial
Standart	$\leq 1,5 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rawat inap/ komite medik/panitia mutu

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

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode 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
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rawat inap

8. Kematian pasien > 48 jam.

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam 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
Standart	$\leq 0,24\%$; $\leq 2,4/1000$ (internasional); (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua komite mutu/tim mutu

9. Kejadian pulang paksa.

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standart	$\leq 5\%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua komite mutu/tim mutu

10. Kepuasan pelanggan rawat inap.

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standart	≥ 90 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua komite mutu/tim mutu

11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS.

Judul	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standart penanggulangan tuberkulosis nasional dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rawat inap

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

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standart	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rawat inap

13. Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri.

Judul	Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah Sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perataan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite medik/mutu Kepala Instalasi rawat inap

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

Judul	Kejadian (<i>re-admission</i>) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi tehnik
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang di pulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang di pulangkan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Medik/mutu

15. Lama hari perawat pasien gangguan jiwa.

Judul	Lama hari perawat pasien gangguan jiwa
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lama waktu perawatan pasien gata perawatan pasien gangguan jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam Medis
Standart	≤ 6 minggu
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite medik/mutu

IV. BEDAH SENTRAL.

1. Waktu tunggu operasi elektif.

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standart	≤ 2 hari
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Instalasi bedah sentral

2. Kejadian kematian di meja operasi.

Judul	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan <i>sentinal event</i>
Periode Analisa	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standart	≤ 1 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi.

Judul	Tidak ada kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan 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
Standart	$\leq 100 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang.

Judul	Tidak ada kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan 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
Standart	$\leq 100 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi.

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan 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
Standart	$\leq 100 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standart	$\leq 100 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinal <i>event</i>
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel <i>event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standart	≤ 6 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI.

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan.

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsi, eklamsi, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre eklamsi dan eklamsi mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre eklamsi dan eklamsi merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg - Protein urina > 5 gr/24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai <p>Eklamsi adalah tanda pre eklamsi yang disertai dengan kejang dan atau 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> <p>Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada persalinan pertama, dan lebih dari 18 jam pada persalinan ke dua atau lebih</p>

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre eklamsi/ eklamsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklamsia/eklamsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam medis
Standart	Perdarahan $\leq 1\%$; pre-eklamsia $\leq 30\%$; sepsis $\leq 0,2\%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite medik

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

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

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit.

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Tersedia tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Kepegawaian dan rekam medis
Standart	Tersedia
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite mutu

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr yang ditangani
Sumber Data	Rekam medis
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite medik/Komite mutu

6. Pertolongan persalinan melalui *seksio cesaria*.

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

7.a. Keluarga Berencana.

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

7.b. Konseling Keluarga Berencana (KB) Mantap.

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

8. 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	Survei
Standart	≥ 80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua komite/tim mutu

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Definisi Operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standart	$\leq 3 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua komite/tim mutu

2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, 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 yang melayani perawatan intensif
Sumber Data	Kepegawaian
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua komite/tim mutu

VII. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu pelayanan *thorax* foto

Judul	Waktu tunggu pelayanan <i>thorax</i> foto
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto <i>thorax</i> dalam tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standart	≤ 3 jam
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan.

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

3. Kejadian kegagalan pelayanan *rontgen*.

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan <i>rontgen</i>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan <i>rontgen</i>
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan <i>rontgen</i> adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber Data	Register Radiologi
Standart	$\leq 2 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi radiologi

4. Kepuasan pelanggan.

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standart	$\geq 80 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua komite mutu/tim mutu

VIII. LABORATORIUM PATOOGI KLINIK.

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.

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

2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium.

Judul	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnose
Definisi Operasional	Pelaksanaan ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab. Yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber Data	Register di Instalasi laboratorium
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Intalasi Laboratorium

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium.

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

4. Kepuasan pelanggan.

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

IX. REHABILITASI MEDIK.

- Kejadian dengan *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.

Judul	Kejadian dengan 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 di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standart	$\leq 50 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

- 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 di program rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medic
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)
Sumber Data	Survei
Standart	$\geq 80 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi rehabilitasi medic

X. FARMASI

1.a. 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
Standart	≤ 30 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

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

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 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
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

3. Kepuasan Pelanggan.

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standart	$\geq 80 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

4. Penulisan resep sesuai formularium.

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

XI. GIZI.

1. 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 mendapa makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien.

Judul	Sisa makanan yang yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan Instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standart	≥ 20 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi/ Kepala Instalasi Rawat Inap

3. 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
Sumber Data	Survey
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi/ Kepala Instalasi Rawat Inap

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse.

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse
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 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

2. Kejadian reaksi transfuse.

Judul	Kejadian reaksi transfuse
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko 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 sistem 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
Standart	$\leq 0,01 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala UTD

XIII. PELAYANAN GAKIN.

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

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Direktur Rumah Sakit

XIV.

XV.REKAM MEDIK.

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan.

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

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

Judul	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan
Definisi Operasional	<i>Informed concent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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
Sumber Data	Survey
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rekam medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen 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 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (n tidak kurang dari 100)
Sumber Data	Hasil survey pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/ diruang rekam medis untuk pasien lama
Standart	Rerata ≤ 10 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rekam medik

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik 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 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil <i>survey</i> pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standart	Rerata ≤ 15 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rekam medic

XVI. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (<i>Biological Oxygen Demand</i>) : 30 mg/liter COD (<i>Chemical Oxygen Demand</i>) : 60 mg/liter TSS (<i>Total Suspended Solid</i>) : 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
Sumber Data	Hasil pemeriksaan
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala IPRS

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada 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"> 1. Sisa jarum suntik; 2. Sisa ampul; 3. Kasa bekas; 4. Sisa jaringan. Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
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
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standart	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala IPRS/ Kepala K3 RS

XVI. Administrasi dan manajemen

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan dirumah 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 dala pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing- masing
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditndaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan / kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodic. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indicator- indicator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator- indikator kinerja pada rencana strategic bisnis rumah sakit dan indikator indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh Pemerintah Daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun

Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian tata usaha
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat.

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pagkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala.

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan perundang-undangan di bidang kepegawaian
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pagkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun.

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam epr tahun
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	$\geq 60 \%$
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

6. *Cost recovery.*

Judul	<i>Cost Recovery</i>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi operasional	Cost Recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	$\geq 40 \%$
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha / Keuangan

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan.

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
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	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha / Keuangan

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

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

9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai dengan kesepakatan waktu.

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan.
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

XVII. *AMBULANCE* / KERETA JENAZAH.

1. Waktu pelayanan *ambulance* / kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan <i>ambulance</i> /kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan <i>ambulance</i> /kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi operasional	Waktu pelayanan <i>ambulance</i> /kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan <i>ambulance</i> /kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/ keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan <i>ambulance</i> dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab	Penanggung jawab <i>ambulance</i> /kereta jenazah

2. Kecepatan memberikan pelayanan *ambulance*/kereta jenazah di rumah sakit.

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan <i>ambulance</i> / kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan <i>ambulance</i> / kereta jenazah

Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan <i>ambulance</i> /kerta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan <i>ambulance</i> /kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya <i>ambulance</i> /kereta jenazah. Maksimal 30 menit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan <i>ambulance</i> /kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan <i>ambulance</i> /kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan <i>ambulance</i> /kereta jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung jawab <i>ambulance</i> /kereta jenazah

XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH.

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah.

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Kepala instansi pemulasaraan jenazah

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT.

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

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

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/ <i>service</i> untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (<i>service</i>) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS

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

Judul	Keselamatan dan efektivitas
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

XX. PELAYANAN LAUNDRY.

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

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

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi <i>Laundry</i>

XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI.

1. Tim PPI

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

2. Koordinasi APD

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

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit.

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

Keterangan :

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : *Ventilator Associated Pneumonia*

ISK : Infeksi Saluran Kemih

MASUKAN TENTANG PENATALAKSANAAN *TUBERCULOSIS*
(TB) DI RS

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1.	Rawat Jalan	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60 %
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	60 %
2.	Rawat Inap	a. Penegakkan diagnosis TM belalui pemeriksaan mikroskopis TB	60 %
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan RB di Rumah Sakit	60 %

A. RAWAT JALAN.

1. Kegiatan penegakkan diagnosis *Tuberculosis* (TB)

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

2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersediannya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat di rawat jalan ke RS
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

B. RAWAT INAP

1. Kegiatan penegakan diagnosis *Tuberculosis* (TB)

Judul	Penegakkan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakkan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan

Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakkan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakkan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60 %
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

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

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

BUPATI KENDAL,
cap ttd
MIRNA ANNISA

LAMPIRAN IV : PERATURAN BUPATI KENDAL
 NOMOR : 16
 TANGGAL : 11 Mei 2018

SPM RSUD DR. H. SOEWONDO

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN (TH)										
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
1.	Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	1	100 %	100	100	100	100	100	100	100	100	
		2	Jam buka pelayanan gawat darurat	2	24 jam	24	24	24	24	24	24	24	24	
		3	Pemberian pelayanan kegawat daruratan bersertifikat yang masih berlaku : <i>Advance Trauma Life Support/ Basic Trauma Life Support/Advanced Cardiac Life Support/</i> Penanggulangan Penderita Gawat Darurat	3	100 %	71	71	80	85.71	95	100	100	100	100
		4	Ketersedian tim penanggulangan bencana	4	Satu tim	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di gawat Darurat	5	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	5 menit	5 menit	5 menit	8 menit	5	5	5	5	5

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN (TH)									
					2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
		6	Kepuasan Pelanggan	6	≥ 70 %	78.2	79.44	78.26	78.26	80	80	80	80	80
		7	Kematian pasien ≤ 24 jam	7	≤ 2 ‰ /0,2 % (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	0.58	0.82	0.39	0.35	0,3	0,25	0,2	0,2	0,2
		8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	8	100 %	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2.	Rawat Jalan	1	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	1	100 % Dokter Spesialis	100	96.38	88	93.35	95	96	97	98	100
		2	Ketersediaan pelayanan	2	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	100	100	100	100	100	100	100	100	100
						100	100	100	100	100	100	100	100	100
						100	100	100	100	100	100	100	100	0
						100	100	100	100	100	100	100	100	100
		3	Jam buka pelayanan	3	08.00 – 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 – 11.00	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		4	Waktu tunggu di rawat jalan	4	≤ 60 menit	120	56.2	61.3	61.3	60	60	60	60	60
		5	Kepuasan pelanggan	5	≥ 90 %	70.41	74.25	74.59	74.25	75	80	85	87.5	90

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN (TH)								
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
8		Kematian pasien > 48 jam	8 ≤ 0,24 %	2	1,95	1,78	1.89	1.8	1	0.7	0.4	0.2
9		Kejadian pulang paksa	9 ≤ 5 %	5	5	4,8	2.97	3	3	3	2	2
10		Kepuasan pelanggan	10 ≥ 90 %	72	77,18	73,51	85	90	90	90	90	90
11		Rawat Inap TB	11									
		a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	a. ≥ 60 %	-	-	-	-	60	60	70	70	70
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	b. ≥ 60 %	-	-	-	-	60	70	80	90	100
12		Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	12 NAFZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik, dan Gangguan Mental Organik	-	-	-	-	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
13		Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	13 100%		-	-	-	100%	100%	100%	100%	100%
14		Kejadian <i>readmission</i> pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	14 100%	-	-	-	-	100%	100%	100%	100%	100%
15		Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	15 ≤ 6 minggu	-	-	-	-	6	6	6	6	6

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (TH)									
						2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
4.	Bedah Sentral (Bedah saja)	1	Waktu tunggu operasi elektif	1	≤ 2 hari	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
		2	Kejadian kematian di meja operasi	2	≤ 1 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	3	100 %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	4	100 %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	5	100 %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	6	100 %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	7	≤ 6 %	-	-	-	-	6	6	6	6	6	6
5.	Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	1	a. Perdarahan ≤ 1%	2,86	0	0	1	1	1	1	1	1	
					b. Pre-Eklampsia ≤ 30%	1.35	1,90	2,9	1.61	1,29	1,29	1,2	1,2	1,2	
					c. Sepsis ≤ 0,2 %	0	0	0	0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN (TH)									
					2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal	2	a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih APN c. Bidan	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3	Tim PONEK yang terlatih	19,4	25	89,9	89,9	90	92	93	95	95
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4	a. DokterSp. OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	100	100	100	100	66	100	100	100	100
		5	Kemampuan menangani Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) 1.500 gr – 2.500 gr	5	100 %	72,0	82,52	86,64	88.21	90	90	95	100	100
		6	Pertolongan persalihan melalui seksio cesaria	6	≤ 20 %	38,88	46,38	85,56	48.31	40	38	35	30	20
		7	Keluarga Berencana a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr. Sp.OG, Sp.B, dr.Sp.U, dr. Umum terlatih	7	100 %	-	-	-	-	100	100	100	100	100

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN (TH)									
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
		b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih							100	100	100	100	100
		8 Kepuasan Pelanggan	8	≥ 80 %	71,94	79,37	76,82	76.82	80	80	85	85	90
6.	Intensif	1 Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	1	≤ 3 %	0,83	0,54	0,36	0,3	0,29	0,28	0,25	0,2	0,2
		2 Peberi pelayanan unit intensif	2	a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/ setara (D4)	73,17	73,17	75	62.79	80	85	90	95	100
					30%	30%	30%	30%	30 %	50%	70%	80%	100%
7.	Radiologi	1 Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto	1	≤ 3 jam	2,5	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
		2 Pelaksana ekspertisi	2	Dokter Sp.Rad.	97,50	97,59	96,24	96.01	100	100	100	100	100
		3 Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	3	Kerusakan foto ≤ 2 %	10	2,41	3,30	3.98	2	2	2	2	2

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (TH)								
						2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
		4	Kepuasan Pelanggan	4	≥ 80 %	75,47	92	94	76	80	80	80	80	80
8.	Laboratorium Patologi Klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	1	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin	92	98	88	97	90	90	90	85	80
		2	Pelaksana ekspertisi	2	Dokter Sp.PK	100	100	100	100	100	100	100	100	100
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	3	100 %	96	100	100	100	100	100	100	100	100
		4	Kepuasan Pelanggan	4	≥ 80 %	75,62	72,49	74,66	74.64	80	80	80	80	80
9.	Rehabilitasi Medik	1	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	1	≤ 50 %	0	0,04	0	0	0	0	0	0	0
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	2	100 %	100	100	99,93	100	100	100	100	100	100
		3	Kepuasan Pelanggan	3	≥ 80 %	76,95	79,38	74,66	100	80	80	80	80	80
10.	Farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan :	1	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit	6	15	15	20	20	20	20	15	15
			a. Obat jadi			9,6	21	24	45	40	30	25	25	25
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	2	100 %	99	100	98,75	98	100	100	100	100	100
		3	Kepuasan pelanggan	3	≥ 80 %	69,15	74,90	85	78.50	80	85	85	85	85
		4	Penulisan resep sesuai formularium	4	100 %	90	99	96	96	100	100	100	100	
11.	Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1	≥ 90 %	85,58	85,58	97,64	88.10	90	90	90	92	95

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (TH)								
						2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	2	≤ 20 %	70,67	29,33	29,33	30.51	20	20	20	17	15
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	3	100 %	100	100	91,75	100	100	100	100	100	100
12.	Transfusi Darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi	1	100 % terpenuhi	99,25	97,59	70	59	100	100	100	100	100
		2	Kejadian reaksi tranfusi	2	≤ 0,01 %	0,38	0,51	0,30	0.10	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
13.	Pelayanan Keluarga Miskin (GAKIN)		Pelayanan terhadap pasien keluarga Miskin (GAKIN) yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan		100 % terlayani	100	100	100	100	100	100	100	100	100
14.	Rekam Medis	1	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	1	100 %	80	85	90	85	90	100	100	100	100
		2	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	2	100 %	90	90	100	100	100	100	100	100	100
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan	3	≤ 10 menit	10	10	4,2	3	10	10	10	10	10
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	4	≤ 15 menit	15	15	15	15	10	10	10	10	10
15.	Pengelolaan Limbah	1	Baku mutu limbah cair	1	a. BOD < 30mg/l b. COD < 80 mg/l	83,33	97	88	88.90	90	91	92	95	100

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR		BATAS WAKTU PENCAPAIAN (TH)								
						2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
17.	Ambulance/ Kereta Jenazah	1	Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	1	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24	24	24	24	24	24
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di rumah sakit	2	≤ 30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30	30	30	30	30	30
18.	Pemulaasaraan Jenazah	1	Waktu tanggap (<i>Response time</i>) pelayanan pemulasaraan jenazah	1	< 2 jam	91 menit	91 menit	85 menit	60 menit	60	60	60	60	60
19.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat maksimal 15 menit	1	≥ 80 %	100	94	95	92	95	96	97	98	99
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	2	100 %	85	92	94	96	95	96	97	98	99
		3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	3	100 %	87	88	83	85.71	90	91	92	93	94
20.	Pelayanan Laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	1	100 %	75	100	99	100	95	100	100	100	100
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	2	100 %	100	100	100	90	100	100	100	100	100
21.	Pencegahan Pengendalian Infeksi	1	Ada anggota Tim Pencegahan Pengendalian infeksi (PPI) yang terlatih	1	Anggota Tim yang terlatih 75 %	50	18	13	88.24	100	100	100	100	100

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	BATAS WAKTU PENCAPAIAN (TH)									
				2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
		2 Tersedia Alat Pelindung diri (APD) di setiap Instalasi	2 60 %	50	29	27	100	100	100	100	100	100	100
		3 Kegiatan pencacatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (<i>Health Care Associated Infections</i>) di RS minimum 1 parameter	3 75 %	100	53	67	25	100	100	100	100	100	100

BUPATI KENDAL,
cap ttd
MIRNA ANNISA

