



## *Walikota Tasikmalaya*

PERATURAN WALIKOTA TASIKMALAYA

NOMOR : 77 TAHUN 2011

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA TASIKMALAYA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA TASIKMALAYA,

- Menimbang :
- a. bahwa penanganan bidang kesehatan sebagai bagian dari pelayanan dasar merupakan urusan wajib yang menjadi kewenangan Pemerintah Daerah, maka dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat, khususnya pelayanan kesehatan pada BLUD RSUD, perlu mengatur standar pelayanan minimal yang dapat dijadikan pedoman dan acuan bagi pelaksanaan tugas dan peningkatan kinerja;
  - b. bahwa untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh BLUD RSUD, maka sesuai dengan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, Walikota berwenang menetapkan standar pelayanan minimal pada BLUD RSUD;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Tasikmalaya;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2001 tentang Pembentukan Kota Tasikmalaya (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 90, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4117);
  2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008

- Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
  4. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
  5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
  6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/ Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

#### MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA TASIKMALAYA.

#### BAB I

#### KETENTUAN UMUM

#### Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Tasikmalaya.
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota beserta perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
3. Walikota adalah Walikota Tasikmalaya.
4. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah satuan kerja perangkat daerah di lingkungan Pemerintah Kota Tasikmalaya yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Non Pendidikan Kota Tasikmalaya yang telah ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah secara penuh.

6. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Non Pendidikan Kota Tasikmalaya.
7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

## BAB II

### MAKSUD DAN TUJUAN

#### Pasal 2

- (1) Maksud dibentuknya Peraturan Walikota ini adalah sebagai pedoman dan acuan bagi BLUD - RSUD dalam melaksanakan urusan wajib Pemerintah Daerah di bidang kesehatan dalam skala minimal.
- (2) Tujuan dibentuknya Peraturan Walikota ini adalah :
  - a. sebagai alat untuk menjamin dan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib;
  - b. meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan pada BLUD - RSUD;
  - c. memberikan standar yang jelas sebagai tolok ukur pemenuhan pelaksanaan pelayanan dasar bidang kesehatan kepada masyarakat dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib.

## BAB III

### RUANG LINGKUP

#### Pasal 3

Ruang lingkup Peraturan Walikota ini meliputi hal-hal sebagai berikut :

- a. bentuk dan isi SPM;
- b. fungsi SPM;
- c. prinsip penyusunan SPM;
- d. pelaksanaan;
- e. pembiayaan; dan
- f. ketentuan penutup.

## BAB IV

### BENTUK DAN ISI SPM

#### Pasal 4

SPM BLUD RSUD ditetapkan menurut bentuk dan isi yang meliputi jenis pelayanan, indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan serta uraian SPM yang

meliputi dimensi mutu, tujuan, definisi operasional, frekuensi pengumpulan data, periode analisa, numerator/ pembilang, denominator/ penyebut, sumber data, standar dan penanggung jawab pengumpul data sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

## BAB V FUNGSI SPM

### Pasal 5

SPM BLUD - RSUD berfungsi sebagai berikut :

- a. sebagai alat untuk menjamin tercapainya kondisi rata-rata minimal yang harus dicapai BLUD - RSUD sebagai penyedia kebutuhan pelayanan dasar bidang kesehatan kepada masyarakat;
- b. sebagai tolok ukur keberhasilan kinerja penyelenggaraan urusan wajib berkaitan dengan pelayanan dasar kesehatan kepada masyarakat;
- c. sebagai dasar penentuan belanja publik dengan prioritas utama pelayanan dasar kesehatan kepada masyarakat berbasis anggaran kinerja;
- d. sebagai acuan prioritas perencanaan dan prioritas pembiayaan pada BLUD - RSUD;
- e. sebagai alat monitoring dan evaluasi bagi BLUD - RSUD dalam pelaksanaan urusan wajib bidang kesehatan.

## BAB VI PRINSIP PENYUSUNAN SPM

### Pasal 6

- (1) Penyusunan SPM pada BLUD - RSUD harus berdasarkan prinsip-prinsip sebagai berikut :
  - a. konsensus;
  - b. sederhana;
  - c. kongkrit;
  - d. terukur;
  - e. terbuka;
  - f. terjangkau;
  - g. akuntabel; dan
  - h. bertahap.
- (2) Konsensus sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, berarti SPM disusun berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan lembaga terkait sebagai tim penyusun.

- (3) Sederhana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, berarti SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami.
- (4) Kongkrit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, berarti SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis.
- (5) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, berarti seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif ataupun kuantitatif.
- (6) Terbuka sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, berarti SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat.
- (7) Terjangkau sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f, berarti SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia.
- (8) Akuntabel sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf g, berarti SPM dapat dipertanggung-gugatkan kepada publik.
- (9) Bertahap sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf h, berarti SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

## BAB VII PELAKSANAAN

### Pasal 7

SPM BLUD - RSUD merupakan acuan dalam penyusunan rencana program dan rencana kerja BLUD - RSUD dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat sebagai bagian dari penyelenggaraan urusan wajib yang merupakan kewenangan Pemerintah Daerah.

### Pasal 8

Mekanisme dan koordinasi pelaksanaan SPM BLUD - RSUD adalah sebagai berikut :

- a. penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM BLUD - RSUD dilaksanakan oleh pegawai sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan;
- b. BLUD - RSUD melakukan sosialisasi standar pelayanan yang telah ditetapkan/ dicapai serta mengembangkan standar-standar teknis pelayanan;
- c. Direktur membentuk Tim Evaluasi SPM BLUD - RSUD;
- d. Tim Evaluasi SPM melakukan survey kepuasan masyarakat secara periodik dan teratur terhadap hasil pelaksanaan SPM BLUD - RSUD;

- e. Tim Evaluasi melakukan monitoring dan evaluasi secara berkesinambungan terhadap kinerja BLUD - RSUD dan melaporkan hasilnya kepada Direktur.

BAB VIII  
PEMBIAYAAN

Pasal 9

Sumber pembiayaan pelaksanaan kegiatan untuk pencapaian target SPM BLUD - RSUD dibebankan kepada Anggaran BLUD - RSUD dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat.

BAB IX  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 10

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Tasikmalaya  
Pada tanggal 13 Oktober  
2011

WALIKOTA TASIKMALAYA,

Ttd.

H. SYARIF HIDAYAT

Diundangkan di Tasikmalaya  
pada tanggal 13 Oktober 2011

SEKRETARIS DAERAH KOTA TASIKMALAYA,

Ttd.

H. TIO INDRA SETIADI

BERITA DAERAH KOTA TASIKMALAYA TAHUN 2011 NOMOR 480

LAMPIRAN  
PERATURAN WALIKOTA TASIKMALAYA  
NOMOR 77 TAHUN 2011  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA  
TASIKMALAYA

BENTUK DAN ISI STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM  
DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA TASIKMALAYA

BAB I  
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

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

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

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

Berdasarkan peraturan perundang-undangan tersebut diperlukan upaya pihak rumah sakit untuk memenuhi kelengkapan persyaratan administratif seperti yang dipersyaratkan di atas sebagai dasar penetapan apakah rumah sakit layak, tidak layak, BLUD penuh atau BLUD bertahap.

Salah satu dokumen yang harus dipenuhi sebagai kelengkapan seperti tertuang di atas adalah dokumen SPM. SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh BLUD kepada masyarakat. (Pasal 1 Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007). Sedangkan berdasarkan Pasal 15 dijelaskan sebagai berikut : Standar pelayanan minimal memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh SKPD atau Unit Kerja.

RSUD merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah dan sebagai Rumah Sakit rujukan bagi pelayanan kesehatan di wilayah sekitarnya. Dalam perjalanannya, berbagai upaya telah dilakukan untuk mengubah citra pelayanan RSUD. Suatu hal yang masih dianggap cukup berat dalam pemenuhan persyaratan rumah sakit menjadi BLU yaitu dalam pemenuhan SPM.

Berbagai acuan dapat digunakan untuk menyusun SPM RSUD antara lain mengikuti bentuk SPM bidang kesehatan yang memiliki indikator kinerja yang sangat rinci dan mencakup seluruh aspek (47 indikator wajib dan 7 indikator sesuai kebutuhan) seperti Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457 tahun 2003, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228 Tahun 2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang mencakup Standar Penyelenggaraan Pelayanan Manajemen Rumah Sakit, Pelayanan Medik, Pelayanan Penunjang dan Pelayanan Keperawatan.

## B. Maksud dan Tujuan :

### 1. Maksud :

SPM ini dimaksudkan guna memberikan pelayanan atau kegiatan minimal yang harus dilakukan rumah sakit sebagai tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan kesehatan rujukan di RSUD.

### 2. Tujuan :

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

## C. Pengertian :

### 1. Umum :

- a. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat;
- b. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
- c. SPM adalah tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar dan lanjutan yang merupakan urusan wajib daerah; dan



d. Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu.

## 2. Khusus

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

## D. Landasan Hukum

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437), sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2004 tentang Rencana Kinerja Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4405);
5. 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);

6. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4570);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan Dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4614);
9. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah; dan
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/ Menkes/ SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

BAB II  
SISTEMATIKA DOKUMEN SPM RUMAH SAKIT

SISTEMATIKA DOKUMEN SPM DISUSUN DALAM BENTUK :

1. BAB I PENDAHULUAN :
  - a. Latar Belakang;
  - b. Maksud dan Tujuan;
  - c. Pengertian Umum dan Khusus;
  - d. Landasan Hukum.
2. BAB II SISTEMATIKA DOKUMEN SPM RUMAH SAKIT
3. BAB III SPM RUMAH SAKIT
  - a. Jenis-jenis Pelayanan Rumah Sakit;
  - b. SPM Setiap Jenis Pelayanan, Indikator dan Standar.
4. BAB IV URAIAN SPM
5. BAB V PENUTUP

BAB III  
SPM RUMAH SAKIT

SPM RSUD 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 sentral;
5. Pelayanan persalinan;
6. Pelayanan intensif;
7. Pelayanan radiologi;
8. Pelayanan laboratorium patologi klinik;
9. Pelayanan laboratorium patologi anatomi;
10. Pelayanan rehabilitasi medik;
11. Pelayanan farmasi;
12. Pelayanan gizi;
13. Pelayanan hemodialisa;
14. Pelayanan keluarga miskin;
15. Pelayanan rekam medis;
16. Pengolahan limbah;
17. Pelayanan administrasi manajemen;
18. Pelayanan ambulance/kereta jenazah;
19. Pelayanan pemulasaraan jenazah;
20. Pelayanan laundry dan CSSD;
21. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
22. Pelayanan bank darah.

B. SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1	Gawat Darurat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa</li> <li>2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat ( tdk perlu)</li> <li>3. Pemberian pelayanan kegawat-daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD</li> <li>4. Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat :            Gawat Darurat &lt; 5 menit            Gawat Tidak darurat &lt; 5 menit            Darurat tidak Gawat &lt; 10 menit            Tidak Gawat Tidak Darurat &lt; 20 menit</li> </ol>	<p>100 %</p> <p>24 jam</p> <p>90 %</p> <p>90 %</p> <p>90 %</p> <p>90 %</p> <p>80 %</p>

		5. Kepuasan pelanggan (yang terlayani) 6. Kematian pasien $\leq$ 24 jam	90 % 2/ 1000
2	Rawat Jalan	1. Dokter Pemberian Pelayanan di Poliklinik Spesialis 2. Ketersediaan Pelayanan  3. Buka pelayanan sesuai ketentuan 4. Waktu Tunggu Registrasi 5. Waktu Tunggu Pelayanan 6. Tutup Pelayanan pendaftaran 7. Tutup Pelayanan Poliklinik 8. Kepuasan Pelanggan	1. 100% Dokter Spesialis 2. a. Klinik Anak; b. Klinik Peny. Dalam; c. Klinik Kebidanan; d. Klinik Bedah; e. Klinik Mata; f. Klinik THT; g. Klinik Kulit dan Kelamin; h. Klinik Kesehatan Jiwa; i. Klinik Syaraf; j. Klinik Gigi dan Mulut; l. Klinik Jantung; m. Klinik Paru; n. Klinik Ortopedi; o. Klinik Rehabilitasi Medik; p. Klinik Bedah Syaraf; q. Klinik DOT; r. Klinik Teratai; s. Klinik Tumbuh Kembang; t. Klinik Gizi; u. PKBRS; dan v. Klinik Imunisasi.  Jam 9.00  30 menit 30 menit Jam 11.30 Jam 14.00 80 %
3	Rawat Inap	1. Pemberian pelayanan di Rawat Inap (dokter spesialis dan tenaga perawat yang minimal berijazah D3)	1. 100 %

		<p>2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap</p> <p>3. Ketersediaan pelayanan Rawat Inap</p> <p>4. Jam Visite Dokter Spesialis</p> <p>5. Kejadian infeksi nosokomial</p> <p>6. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian</p> <p>7. Kematian pasien &gt; 48 jam</p> <p>8. Kejadian pulang paksa</p> <p>9. Kepuasan pelanggan</p> <p>10. Tindak lanjut komplain/ layanan yang tidak sesuai</p> <p>11. Visite dokter pada pasien gawat</p>	<p>2. 100 % dokter spesialis</p> <p>3. a. Peny. Anak; b. Peny. Dalam; c. Kebidanan; d. Bedah; e. Mata; f. THT; g. Kulit dan Kelamin; i. Syaraf; j. Gigi dan Mulut; l. Jantung; m. Paru; n. Ortopedi; dan o. Rehabilitasi Medik.</p> <p>Minimal 1 kali sehari Maksimal Jam 14.00</p> <p>100 %</p> <p>0,5 %</p> <p>Maksimal 5 %</p> <p>90 %</p> <p>Maksimal 2 hari kerja</p> <p>1 kali</p>
4.	Bedah Sentral	<p>1. Waktu tunggu operasi elektif &lt; 7 hari</p> <p>2. kejadian kematian di meja operasi</p> <p>3. tidak adanya kejadian operasi salah sisi</p> <p>4. tidak adanya kejadian operasi salah orang</p> <p>5. tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</p> <p>6. tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi</p> <p>7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube</p> <p>8. kejadian infeksi paska operasi</p>	<p>50 %</p> <p>0%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>0%</p> <p>Maksimal 3%</p>

5.	Persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kejadian kematian ibu karena persalinan</li> <li>2. Pemberian pelayanan persalinan normal : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter Spesialis</li> <li>• Bidan</li> </ul> </li> <li>3. Pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit (dokter spesialis Obstetri Ginekolog) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter</li> <li>• Bidan</li> </ul> </li> <li>4. Pemberian Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi : dokter Sp.OG, dokter Sp.A, dokter Sp.An</li> <li>5. Kemampuan menangani BBLR &lt;1500gr - 2500 gr</li> <li>6. Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria oleh dr.obgin</li> <li>7. Kepuasan Pasien</li> </ol>	<p>0,02 %</p> <p>10%</p> <p>90%</p> <p>60%</p> <p>40%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>90%</p>
6.	Perawatan Intensif (NICU )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama &lt; 72 jam</li> <li>2. Pemberian pelayanan Unit intensif : <ul style="list-style-type: none"> <li>• dokter Sp.A,</li> <li>• Perawat D3 dengan sertifikat Perawat Mahir NICU/setara)</li> </ul> </li> <li>3. Informasi kepada Keluarga ttg penyakit pasien pada keluarga.</li> </ol>	<p>0,02%</p> <p>100%</p> <p>60%</p> <p>100%</p>
7	Perawatan Intensif (ICU )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama &lt; 72 jam</li> <li>2. Pemberian pelayanan Unit intensif oleh dokter Sp An.</li> <li>3. Pemberian pelayanan Unit intensif oleh Perawat D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU/setara)</li> <li>4. Informasi Kepada Keluarga ttg penyakit pasien pada keluarga.</li> </ol>	<p>5%</p> <p>100%</p> <p>90%</p> <p>100%</p>
8	Radiologi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu hasil pelayanan radiologi</li> <li>2. Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp.Rad)</li> <li>3. Kejadian kegagalan pelayanan Radiologi</li> <li>4. Kepuasan Pelanggan</li> </ol>	<p>Maksimal 1 Jam</p> <p>95%</p> <p>Maksimal 1%</p> <p>90%</p>

9.	Lab. Patologi klinik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium</li> <li>2. Pelaksanaan ekstertisi (Dokter Sp.PK)</li> <li>3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium</li> <li>4. Peralatan Laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi</li> <li>5. Kepuasan pelanggan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maksimal 2,5 jam</li> <li>2. 90 %</li> <li>3. 100 %</li> <li>4. 90 %</li> <li>5. 80 %</li> </ol>
10	Lab. Patologi Anatomi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium</li> <li>2. Pelaksanaan ekstertisi (Dokter Sp.PK)</li> <li>3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium</li> <li>4. Peralatan Laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi</li> <li>5. Kepuasan pelanggan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 70%</li> <li>2. 100 %</li> <li>3. 95 %</li> <li>4. 50 %</li> <li>5. 100 %</li> </ol>
11	Rehabilitasi Medik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi Medik yang direncanakan</li> <li>2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik</li> <li>3. Kepuasan Pelanggan</li> <li>4. Penanganan konsul dokter oleh dokter spesialis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>50 %</li> <li>100 %</li> <li>90 %</li> <li>100 %</li> </ol>
12	Farmasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu pelayanan: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. obat jadi</li> <li>b. obat racikan</li> </ol> </li> <li>2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat</li> <li>3. Kepuasan pelanggan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10 menit</li> <li>15 menit</li> <li>90 %</li> <li>60 %</li> </ol>
13	Gizi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>• makan pagi</li> <li>• snack pagi</li> <li>• makan siang</li> <li>• snack sore</li> <li>• makan sore/makan</li> </ul> </li> <li>2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien :</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7.00 - 7.30</li> <li>9.30 - 10.00</li> <li>12.00 - 12.30</li> <li>15.30 - 16.00</li> <li>17.00 - 17.30</li> </ol>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• makan biasa</li> <li>• makanan lunak</li> <li>• makanan saring</li> <li>• makanan diet</li> <li>• makanan cair</li> </ul> <p>3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet penentuan preskripsi diet oleh dokter bersama ahli gizi, kemudian dicatat pada buku daftar permintaan makanan pasien (DPMP) oleh perawat.</p> <p>4. Buku DPMP diambil oleh petugas pengantar makanan untuk diserahkan ke Instalasi Gizi paling lambat jam 10.30. oleh petugas administrasi di Instalasi Gizi dicatat pada lembaran daftar rekapitulasi makanan pasien.</p>	<p>&lt; 5 %</p> <p>&lt; 10 %</p> <p>&lt; 25 %</p> <p>&lt; 25 %</p> <p>&lt; 10 %</p> <p>90 %</p> <p>100 %</p>
14	Hemodialisa	<p>1. Waktu pemberian pelayanan di Hemodialisa</p> <p>2. Tenaga perawat terlatih Hemodialisa</p> <p>3. Dokter penanggung jawab pasien Hemodialisa</p> <p>4. Ketersediaan alat hemodialisa/ Consumable</p> <p>5. Ketersediaan sarana hemodialisa</p> <p>6. Jam Visite Dokter Spesialis</p> <p>7. Kejadian infeksi nosokomial</p> <p>8. Kematian pasien</p> <p>9. Kepuasan pelanggan</p>	<p>Jam 7.00 s/d 18.00 WIB</p> <p>100 %</p> <p>Dokter Spesialis Penyakit Dalam</p> <p>100 %</p> <p>90 %</p> <p>Jam 09.00 WIB</p> <p>0 %</p> <p>0 %</p> <p>100 %</p>
15	Palayanan Gakin	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan.	100 %
16	Rekam Medik	<p>1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan</p> <p>2. Kelengkapan Informed Concent setelah mendapat informasi yang jelas</p> <p>3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan</p> <p>4. Waktu penyelesaian dokumen rekam medik pelayanan rawat inap</p>	<p>1. 70 %</p> <p>2. 100 %</p> <p>3. 5 Menit</p> <p>4. 15 menit</p>

17	Pengelolaan limbah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baku mutu limbah cair sesuai standar : <ul style="list-style-type: none"> <li>- BOD &lt; 30 mg/I</li> <li>- COD &lt; 80 mg/I</li> <li>- TSS &lt; 30 mg/I</li> <li>- PH 6-9</li> </ul> </li> <li>2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 30 mg/L</li> <li>&lt; 80 mg/L</li> <li>&lt; 30 mg/L</li> <li>6 – 9</li> <li>100 %</li> </ul>
18	Administrasi Manajemen	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi</li> <li>2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja</li> <li>3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat</li> <li>4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala</li> <li>5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun</li> <li>6. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat</li> <li>7. Ketepatan waktu pemeliharaan alat</li> <li>8. Cost recovery</li> <li>9. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan</li> <li>10. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap</li> <li>11. Waktu tunggu pencarian arsip</li> <li>12. Kehilangan Barang</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100 %</li> <li>100 %</li> <li>100 %</li> <li>100 %</li> <li>10 %</li> <li>80 %</li> <li>100 %</li> <li>120 %</li> <li>70 %</li> <li>70 %</li> <li>30 menit</li> <li>0 %</li> </ul>
19.	Ambulance / Kereta Jenazah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah</li> <li>2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah di Rumah Sakit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 24 jam</li> <li>2. 1 jam</li> </ol>
20	Pemulasaraan Jenazah	Waktu pelayanan pemulasaraan Jenazah	maksimal 2 jam
21	CSSD	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sumber daya manusia yang telah mengikuti pelatihan</li> <li>2. Pemeriksaan mikrobiologis terhadap hasil sterilisasi</li> <li>3. Tersedianya ruangan sesuai standar Kementerian Kesehatan untuk dekontaminasi, pengepakan, sterilisasi dan penyimpanan hasil sterilisasi</li> <li>4. Ketersediaan peralatan sterilisasi sesuai standar Kementerian Kesehatan</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>50 %</li> <li>100 %</li> <li>70 %</li> <li>70 %</li> </ul>

22	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="574 186 1146 343">1. Kecepatan dalam menangani keluhan yang berhubungan dengan pemeliharaan sarana ( air, listrik dll ) &lt; 30 menit</li><li data-bbox="574 376 1146 493">2. Ketersediaan alat penunjang operasional pemeliharaan sarana rumah sakit.</li></ol>	80 %  80 %
----	---------------------------------	---	------------------

BAB IV  
URAIAN SPM

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1.

<b>Judul</b>	<b>Kemampuan Menangani Life Saving di Gawat Darurat</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan RS dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator/ pembilang	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat darurat
Denominator/ penyebut	Jumlah seluruh pasien yang datang ke GD
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.

<b>Judul</b>	<b>Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat</b>
Dimensi mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di 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
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3

<b>Judul</b>	<b>Pemberian Pelayanan Kegawatdaruratan yang Bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknik
Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan

Definisi Operasional	Tenaga kompeten gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

#### 4.

<b>Judul</b>	<b>Kecepatan Pelayanan Dokter di Gawat Darurat</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kesepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n=50)
Sumber Data	Sample
Standar	5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Gawat Darurat / tim mutu / panitia mutu

#### 5.

<b>Judul</b>	<b>Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (minimal n=50)

Sumber Data	Survey
Standar	70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Gawat Darurat / tim mutu / panitia mutu

## 6.

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

## 7.

<b>Judul</b>	<b>Khusus untuk Pelayanan Pasien Jiwa, pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam</b>
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan RS dalam memberikan pelayanan kegawat daruratan psikiatri
Definisi Operasional	Tenang dari kondisi gaduh gelisah sehingga tidak menyebabkan gangguan pada orang lain, diri sendiri dan lingkungan masyarakat
Frekuensi Pengumpulan data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Pasien yang dapat ditenangkan dari kondisi gaduh gelisah dalam waktu ≤48 Jam
Denominator	Seluruh pasien yang ditangan ke Gawat Darurat dalam kondisi gaduh gelisah
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## II. PELAYANAN RAWAT JALAN

### 1.

<b>Judul</b>	<b>Pemberian Pelayanan di Poliklinik Spesialis</b>
Dimensi mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan poliklinik oleh tanga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Poliklinik spesialis adalah poliklinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka poliklinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka poliklinik spesialis dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

### 2.

<b>Judul</b>	<b>Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan 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
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

### 2a.

<b>Judul</b>	<b>Ketersediaan Pelayanan Pasien Jiwa di RS</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan jiwa rawat jalan yang minimal harus ada di Rumah Sakit.
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah 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
Standar	Minimal : a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Mental Organik
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

### 3.

<b>Judul</b>	<b>Buka Pelayanan sesuai Kebutuhan</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja disetiap 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 kecuali jum'at
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang dibuka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

### 4.

<b>Judul</b>	<b>Waktu Tunggu di Rawat Jalan</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang diurvei
Sumber Data	Survey pasien rawat jalan



Standar	60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/ komite mutu/tim mutu

### 5.

<b>Judul</b>	<b>Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber Data	Survey
Standar	70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

## III. PELAYANAN RAWAT INAP

### 1.

<b>Judul</b>	<b>Pemberi pelayanan di Rawat Inap (dokter spesialis dan tenaga perawat yang minimal berijazah D3)</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis dan tenaga perawat yang kompeten ( <i>minimal D3</i> )
Frekuensi Pengumpulan data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter spesialis dan perawat yang melayani di ruang rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

**2.**

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

**3.**

<b>Judul</b>	<b>Ketersediaan pelayanan rawat inap</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesilistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

**3a.**

<b>Judul</b>	<b>Ketersediaan pelayanan rawat inap jiwa di RS</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap jiwa yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap Jiwa Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal : a. NAPZA b. Gangguang Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Mental Organik
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

#### 4.

<b>Judul</b>	<b>Jam visite dokter spesialis</b>
Dimensi mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis tiap hari sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tap 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
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

#### 5.

<b>Judul</b>	<b>Kejadian infeksi nosokomial</b>
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya mutu dan profesionalisme pelayanan keperawatan
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dilayani oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat selama satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	1,5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite keperawatan/komite mutu/tim mutu

**6.**

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, kamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan/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
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

**7.**

<b>Judul</b>	<b>Kematian pasien &gt; 48 jam</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk 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 yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	0,24 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite medis/tim mutu

**7a.**

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah jiwa yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik

Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik/mutu

## 8.

<b>Judul</b>	<b>Kejadian pulang paksa</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas 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 rawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	Maksimum 5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/tim mutu

### 8.a.

<b>Judul</b>	<b>Kejadian (re-admission) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu <math>\leq</math> 1 bulan</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali ke perawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu $\leq$ 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan

Sumber Data	Rekam medis
Standar	99 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik/ mutu

### 8.b.

<b>Judul</b>	<b>Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam medis
Standar	30 hari
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik/mutu

### 9.

<b>Judul</b>	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite/tim mutu

## IV. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

### 1.

<b>Judul</b>	<b>Waktu tunggu operasi elektif</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
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 bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	2 hari
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral

## 2.

<b>Judul</b>	<b>Kejadian kematian di meja operasi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	1 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral

## 3.

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event

Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

#### 4.

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

#### 5.

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral/ komite medis



**6.**

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

**7.**

<b>Judul</b>	<b>Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube</b>
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anesetsi dan monitoring pasein selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anesetsi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi anantara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral/ komite medis

**8.**

<b>Judul</b>	<b>Kejadian infeksi pasca operasi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarkannya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar

Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), 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
Standar	Maksimum 1,5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

## V. PELAYANAN BERSALIN

### 1.

<b>Judul</b>	<b>Kejadian kematian ibu karena persalinan</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu mencakup perdarahan, pre eklampsia, sepsis.</p> <p><b>Perdarahan</b> adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolik &gt; 110 mmHg</li> <li>• Protein uria 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif</li> <li>• Oedema tungkai</li> </ul> <p><b>Eklampsia</b> adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p><b>Sepsis</b> adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong</p>
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis (masing-masing penyebab)

Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam medis
Standar	Perdarahan <1 %, pre-eklampsia <30 %, Sepsis ≤ 0,2 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik

## 2.

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

## 3.

<b>Judul</b>	<b>Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah dokter Sp.OG. Penyulit persalinan meliputi : <ul style="list-style-type: none"> <li>- persalinan dengan sungsang</li> <li>- persalinan dengan partus lama</li> <li>- persalinan dengan KPD (ketuban pecah dini)</li> </ul>
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter sp.OG.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter, bidan, perawat yang melayani persalinan dengan penyulit
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite mutu

**4.**

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

**5.**

<b>Judul</b>	<b>Kemampuan menangani BBLR &gt;1500 - 2500 gr</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan >1500 - 2500 gr
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR >1500 - 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR > 1500 - 2500 gr
Sumber Data	Rekam medis
Standar	77 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik/komite mutu

**6.**

<b>Judul</b>	<b>Pertolongan persalinan melalui seksio caesarea</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan induksi dan efisien
Definisi Operasional	Seksio caesarea adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik efektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio caesarea dalam 2 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	20 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite mutu

## 7.

<b>Judul</b>	<b>Kepuasan pasien persalinan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/tim mutu

## VI. PELAYANAN INTENSIF

### 1.

<b>Judul</b>	<b>Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama &lt;72 jam</b>
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	Maksimum 3 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik / mutu

**2.**

<b>Judul</b>	<b>Pemberi pelayanan unit intensif</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalahn dokter Sp.An, Perawat D3 dengnan sertifikat perawat mahir ICU/ setara
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik/mutu

## VII. PELAYANAN RADIOLOGI

**1.**

<b>Judul</b>	<b>Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertasi
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	Maksimum 3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiologi

**2.**

<b>Judul</b>	<b>Pelaksana ekspertisi</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan radiologi dengan tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Spesialis Radiologi
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Spesialis Radiologi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melaksanakan ekspertisi hasil radiologi
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik/ mutu

### 3.

<b>Judul</b>	<b>Kejadian kegagalan pelayanan rontgen</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber Data	Register radiologi
Standar	Maksimal 2 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi radiologi

### 4.

<b>Judul</b>	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang menyatakan puas (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvey (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/tim mutu

## VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

### 1.

<b>Judul</b>	<b>Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	Maksimal 240 menit (manual)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi laboratorium

### 2.

<b>Judul</b>	<b>Pelaksana ekspertisi</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan laboratorium patologi klinik yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Spesialis Patologi Klinik
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Spesialis Patologi Klinik
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melaksanakan ekspertisi hasil laboratorium patologi klinik
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik/mutu

### 3.

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan



Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi laboratorium

#### 4.

<b>Judul</b>	<b>Peralatan laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPPK)
Frekuensi Pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Buku registrasi
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi laboratorium

#### 5.

<b>Judul</b>	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan laboratorium patologi klinik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium patologi klinik
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam Prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	70%
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/tim mutu

## IX. REHABILITASI MEDIK

### 1.

<b>Judul</b>	<b>Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan</b>
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 dirpogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	Maksimal 50 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi medik

### 2.

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik yang memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana, meliputi : tindakan memberikan atau tidak memberikan tindakan Rehabilitasi Medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana yang dilakukan dokter Spesialis Rehabilitasi Medik, Fisioterapi dan dokter konsulen
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurang jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rehabilitasi medik

**3.**

<b>Judul</b>	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei ( n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/ tim mutu

## X. FARMASI

**1.a.**

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

**1.b.**

<b>Judul</b>	<b>Waktu tunggu pelayanan obat racikan</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan

Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

## 2.

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 3. Salah dalam memberikan jenis obat 4. Salah dalam memberika dosis 5. Salah orang 6. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi farmasi

## 3.

<b>Judul</b>	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Teragmbarnya persepsi pasien terhadap mutu 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
Standar	70 %

Penanggung jawab pengumpul data	Ketua komite mutu/ tim mutu
---------------------------------	-----------------------------

## XI. GIZI

### 1.

<b>Judul</b>	<b>Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi/ kepala instalasi rawat inap

### 2.

<b>Judul</b>	<b>Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien</b>
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	24%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

### 3.

<b>Judul</b>	<b>Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet</b>
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet

Frekuensi Pengumpulan data	Satu bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi gizi/ kepala instalasi rawat inap

## XI. TRANSFUSI DARAH

### 1.

<b>Judul</b>	<b>Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi</b>
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
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan Bank Darah

### 2.

<b>Judul</b>	<b>Kejadian reaksi transfusi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi darah adalah efek samping atau komplikasi yang terjadi akibat pemberian/transfusi darah yang mencakup semua efek samping yang secara potensial dapat memperburuk keadaan penderita. Umumnya dibedakan atas dua jenis : a. Reaksi hemolitik b. Reaksi non hemolitik  Kejadiannya bisa : a. Akut b. Lambat
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 0,01 %
Sumber Data	Rekam medis
Standar	0,01 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala UTD

### XIII. PELAYANAN GAKIN/ASKESKIN

#### 1.

<b>Judul</b>	<b>Pelayanan terhadap pasien GAKIN/ASKESKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Keluarga miskin adalah pasien pemegang KARTU ASKESKIN yang memenuhi kriteria kemiskinan berdasarkan Kriteria BPS Nomor 0400.043 Tanggal 30 Agustus 2007
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber Data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur rumah sakit

### XIV. HEMODIALISA

#### 1.

<b>Judul</b>	<b>PeLAYANAN Hemodialisa</b>
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan hemodialisa
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Unit Hemodialisa dalam memberikan pelayanan kepada pasien gagal ginjal
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mmebutuhkan pelayanan hemodialisa terpenuhi
Denominator	Jumlah seluruh pasien hemodialisa dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100 %

Penanggung jawab pengumpul data	Yang bertanggung jawab terhadap pelayanan hemodialisa
---------------------------------	---

## 2.

<b>Judul</b>	<b>Pelayanan Hemodialisa</b>
Dimensi mutu	Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan hemodialisa
Definisi Operasional	Pelayanan Hemodialisa adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien gagal ginjal
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat pelayanan hemodialisa dalam satu bulan
Sumber Data	Data kunjungan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Hemodialisa

## XV. REKAM MEDIK

### 1.

<b>Judul</b>	<b>Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan</b>
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 lengkap dalam waktu $\leq 24$ jam setelah selesai pelayanan.
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medik/ wadir pelayanan medik

### 2.

<b>Judul</b>	<b>Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas</b>
Dimensi mutu	Keselamatan



Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/ keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medik

### 3.

<b>Judul</b>	<b>Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan</b>
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 medis pelayanan rawat jalan adalah waktu mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan atau ditemukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat jalan yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis yang diamati
Sumber Data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medis

### 4.

<b>Judul</b>	<b>Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi

Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medis rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rekam medis

## XVI. PENGELOLAAN LIMBAH

### 1.

<b>Judul</b>	<b>Buku mutu limbah cair</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg./liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Oxygen Solid) 30 mg/liter PH : 6- 9
Frekuensi Pengumpulan data	1 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
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS

### 2.

<b>Judul</b>	<b>Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan</b>
Dimensi mutu	Keselamatan

Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan
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
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS/ Ketua K3RS

## XVII. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

### 1.

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

**2.**

<b>Judul</b>	<b>Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah media pertanggungjawaban yang berisi informasi capaian kinerja instansi pemerintah yang dapat digunakan sebagai komunikasi pertanggungjawaban dan peningkatan kinerja instansi pemerintah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 1 tahun sekali
Frekuensi Pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian Tata Usaha
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur

**3.**

<b>Judul</b>	<b>Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat</b>
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 Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

**4.**

<b>Judul</b>	<b>Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan

Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji yang diberikan kepada Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang telah memenuhi syarat-syarat : a. telah mencapai masa kerja golongan ditentukan untuk kenaikan gaji berkala b. penilaian pelaksanaan pekerjaan dengan nilai rata-rata sekurang-kurangnya "cukup".
Frekuensi Pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber Data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

## 5.

<b>Judul</b>	<b>Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun</b>
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber Data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	7 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

## 6.

<b>Judul</b>	<b>Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani kerusakan alat

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

## 7.

<b>Judul</b>	<b>Ketepatan waktu pemeliharaan alat</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berla
Frekuensi Pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 3 bulan
Sumber Data	Register pemeliharaan alat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IPRS

## 8.

<b>Judul</b>	<b>Cost Recovery</b>
Dimensi mutu	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan

Sumber Data	Sub Bag Keuangan
Standar	113 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Keuangan

### 9.

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

### 10.

<b>Judul</b>	<b>Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan dalam waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	Maksimal 2 jam
Penanggung jwb pengumpul data	Bagian keuangan

## XVIII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

### 1.

<b>Judul</b>	<b>Waktu Pelayanan Ambulance/ Kereta Jenazah</b>
Dimensi mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah 24 Jam di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 Jam adalah pelayanan ambulance/kereta jenazah selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka pelayanan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Komite Mutu

### 2.

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



## XIX. PEMULASARAAN JENAZAH

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

## BAB V

### PENUTUP

SPM RSUD pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian mengingat kondisi sumber daya terutama sumber daya manusia keperawatan masih kurang, maka diperlukan pentahapan dalam pelaksanaan SPM yang akhirnya menuju pada standar pelayanan optimal di RSUD.

Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

Dengan disusunnya SPM RSUD diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapannya agar hasil pelayanan dapat diukur, dicapai, relevan dan dapat diandalkan serta tepat waktu sehingga peningkatan derajat kesehatan masyarakat, peningkatan mutu berkelanjutan, pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar dapat terlaksana.

WALIKOTA TASIKMALAYA,

Ttd.

H. SYARIF HIDAYAT