



SALINAN

BUPATI BANGKA SELATAN
PROVINSI KEPULAUAN BANGKA BELITUNG

PERATURAN BUPATI BANGKA SELATAN
NOMOR 13 TAHUN 2018
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BANGKA SELATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANGKA SELATAN,

- Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang harus diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
- b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan memiliki peran strategis dalam membantu percepatan derajat kesehatan, oleh karena itu rumah sakit berkewajiban untuk menyelenggarakan layanan kesehatan masyarakat sesuai standar yang ditetapkan;
- c. bahwa standar pelayanan rumah sakit perlu memuat jenis dan mutu layanan minimal, sebagai alat ukur mutu pelayanan yang dapat mendukung pencapaian indikator kinerja rumah sakit, sehingga perlu ditindaklanjuti dengan penyusunan standar pelayanan minimal rumah sakit;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bangka Selatan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2000 tentang Pembentukan Provinsi Kepulauan Bangka Belitung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 217, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4033);

2. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Bangka Selatan, Kabupaten Bangka Tengah, Kabupaten Bangka Barat dan Kabupaten Belitung Timur di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4268);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. 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 5324);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
8. 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);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;

10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
12. Peraturan Daerah Kabupaten Bangka Selatan Nomor 9 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan yang Menjadi Kewenangan Kabupaten Bangka Selatan (Lembaran Daerah Kabupaten Bangka Selatan Tahun 2008 Nomor 9);
13. Peraturan Daerah Kabupaten Bangka Selatan Nomor 17 Tahun 2016 tentang Pembentukan Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Bangka Selatan (Lembaran Daerah Kabupaten Bangka Selatan Tahun 2016 Nomor 17);
14. Peraturan Bupati Bangka Selatan Nomor 82 Tahun 2017 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis pada Dinas di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Bangka Selatan (Berita Daerah Kabupaten Bangka Selatan Tahun 2017 Nomor 82);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BANGKA SELATAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Bangka Selatan.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah.
3. Bupati adalah Bupati Bangka Selatan.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD adalah RSUD Kabupaten Bangka Selatan.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bangka Selatan.
6. Pelayanan Rumah Sakit adalah Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bangka Selatan kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medik, pelayanan penunjang non medik dan pelayanan administrasi manajemen.

7. Standar Pelayanan Minimal adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimum yang diberikan oleh RS BLUD kepada masyarakat.
8. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
9. Jenis pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
10. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, dimana tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar operasional prosedur dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
11. Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO (*World Health Organization*).
12. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh Rumah Sakit dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
13. Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan/status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
14. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan suatu yang harus dicapai.
15. Batas waktu pencapaian adalah waktu yang ditetapkan oleh kepala daerah untuk mencapai target SPM Rumah Sakit.
16. Definisi operasional adalah uraian yang dimaksud untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
17. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
18. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kejadian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.

19. Pembilang (Numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang rumus indikator kinerja.
20. Penyebut (Denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
21. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
22. Sumber data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan dengan persoalan.
23. Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik dan menyediakan kepuasan pelanggan.
24. Pelaksanaan pelayanan adalah petugas atau pegawai yang bertugas di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bangka Selatan.
25. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosa, pengobatan atau pelayanan kesehatan lainnya.
26. Serta merta adalah tercapainya kondisi pelayanan yang sesuai dengan standar pelayanan minimal, segera setelah SPM ditetapkan.
27. Pelayanan gawat darurat adalah pelayanan yang dibutuhkan dalam waktu segera (*immediately*) untuk menyelamatkan kehidupannya (*life saving*).
28. Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di rawat inap.
29. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan/atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur di ruang rawat inap.
30. Pelayanan bedah sentral adalah pelayanan pembedahan (operasi) yang ditempatkan secara terpusat di suatu rumah sakit, dengan memperhatikan prinsip kenyamanan, pencegahan infeksi dan kontaminasi, serta adanya barrier antara hal-hal yang bersifat bersih dengan yang kotor.
31. Pelayanan persalinan, perinatologi dan KB adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu dalam proses persalinan, pelayanan bagi bayi serta pelayanan kontrasepsi bagi pasangan usia subur.

32. Pelayanan intensif adalah pelayanan yang dilakukan bagi pasien yang berpenyakit kritis di ruangan yang memiliki peralatan dan petugas khusus untuk melaksanakan observasi, rawatan, pengobatan dan penanganan lainnya secara intensif.
33. Pelayanan radiologi adalah pelayanan yang dilakukan untuk melihat bagian dalam tubuh manusia dengan menggunakan pancaran atau radiasi gelombang baik menggunakan gelombang elektromagnetik maupun gelombang mekanik.
34. Pelayanan laboratorium patologi klinik adalah pelayanan diagnostik klinis yang mengaplikasikan teknik pemeriksaan laboratorium yang melibatkan tenaga ahli patologi klinik untuk mendukung penegakan diagnosa penyakit dan manajemen pengobatan pasien.
35. Pelayanan rehabilitasi medik adalah pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh keadaan/kondisi saki, penyakit atau cedera melalui paduan intervensi medik, keterampilan fisik dan / atau rehabilitatif untuk mencapai fungsi yang optimal.
36. Pelayanan farmasi adalah pelayanan kefarmasian berupa penyediaan dan pengelolaan obat, bahan obat, alat kesehatan, reagen, radio farmasi dan gas medis yang dipimpin oleh seorang apoteker.
37. Pelayanan gizi adalah pelayanan asupan diet yang dilakukan secara berkesinambungan mulai dari perencanaan diet hingga evaluasi diet pasien.
38. Pelayanan transfusi darah adalah pelayanan kesehatan yang meliputi perencanaan, pengerahan dan pelestarian pendonor darah, penyediaan darah, pendistribusian darah, dan tindakan medis pemberian darah kepada pasien untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.
39. Pelayanan keluarga miskin adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien/keluarga yang sama sekali tidak mempunyai kemampuan untuk membayar biaya kesehatannya yang dibuktikan dengan surat keterangan resmi yang diterbitkan instansi yang berwenang.
40. Pelayanan rekam medik adalah pelayanan berupa pemberian bukti tertulis sebagai aspek legal pertanggungjawaban tentang proses pelayanan kesehatan pasien yang diberikan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lainnya.

41. Pengelolaan limbah adalah bagian dari kegiatan penyehatan lingkungan di Rumah Sakit yang bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya pencemaran lingkungan yang bersumber dari limbah rumah sakit.
42. Pelayanan administrasi manajemen adalah proses kegiatan organisasi yang dapat diprediksi yang diikuti dengan pengaturan sumber daya yang ada di Rumah Sakit guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan dan pembiayaan kesehatan secara efektif, efisien, dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.
43. Pelayanan ambulance adalah pelayanan mobilisasi terhadap kegawatdaruratan termasuk evakuasi medik dan / atau pelayanan rujukan pasien dari tempat tinggal pasien ke rumah sakit dan / atau pelayanan rujukan pasien dari rumah sakit ke rumah sakit yang lebih mampu.
44. Pelayanan pemulasaran jenazah adalah pelayanan yang meliputi perawatan jenazah, penyimpanan jenazah, konservasi jenazah, dan pelayanan lainnya terhadap jenazah.
45. Pelayanan pemeliharaan sarana prasarana rumah sakit (PPSRS) adalah pelayanan yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan pemeliharaan dan perbaikan peralatan di Rumah Sakit.
46. Pelayanan laundry adalah pelayanan yang menyelenggarakan pengelolaan dan pengendalian pemakaian linen di Rumah Sakit.
47. Pencegahan dan pengendalian infeksi adalah kegiatan yang dilakukan untuk meminimalkan resiko terjadinya infeksi di Rumah Sakit yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi.
48. Pengawas internal adalah satuan kerja fungsional dari lingkup internal rumah sakit dan bertanggung jawab kepada direktur, bertugas untuk melakukan pengawasan dan pengendalian kegiatan di Rumah Sakit agar sesuai dengan standar pelayanan minimal.
49. Pengawas eksternal adalah satuan kerja fungsional yang berasal dari lingkup internal rumah sakit dan bertanggung jawab kepada Bupati, bertugas untuk melakukan pengawasan dan pengendalian kegiatan di rumah sakit agar sesuai dengan standar pelayanan minimal.

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggung jawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit.
- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk menyamakan persepsi dan pemahaman pemerintah, para pembuat kebijakan dan pemberi pelayanan kesehatan di RSUD tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target/capaian waktu daerah/kabupaten, serta cara perhitungan pencapaian kinerja dan sumber data di RSUD.

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR,
DAN URAIAN SERTA BATAS WAKTU PENCAPAIAN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD mempunyai tugas pokok melaksanakan pelayanan kesehatan secara berkelanjutan dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya pemulihan kesehatan dan pencegahan penyakit.
- (2) Jenis-jenis pelayanan minimal wajib disediakan oleh RSUD, meliputi:
 - a. Pelayanan gawat darurat;
 - b. Pelayanan rawat jalan;
 - c. Pelayanan rawat inap;
 - d. Pelayanan bedah sentral (bedah saja);
 - e. Pelayanan persalinan, perinatologi dan KB;
 - f. Pelayanan intensif;
 - g. Pelayanan radiologi;
 - h. Pelayanan laboratorium patologi klinik;
 - i. Pelayanan rehabilitasi medik;

- j. Pelayanan farmasi;
- k. Pelayanan gizi;
- l. Pelayanan transfusi darah;
- m. Pelayanan keluarga miskin (GAKIN);
- n. Pelayanan rekam medik;
- o. Pengelolaan limbah;
- p. Pelayanan administrasi manajemen;
- q. Pelayanan ambulance;
- r. Pelayanan pemulasaran jenazah;
- s. Pelayanan pemeliharaan sarana prasarana rumah sakit (PPSRS);
- t. Pelayanan laundry;
- u. Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI);
- v. Pelayanan keamanan.

Bagian Kedua

Indikator, Standar dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

Indikator, Standar dan Uraian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2), tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II Peraturan Bupati ini.

Bagian Ketiga

Batas Waktu Pencapaian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 5

RSUD menyusun rencana pencapaian SPM yang memuat target tahunan pencapaian SPM dengan mengacu pada batas waktu pencapaian SPM sebagaimana telah ditetapkan dalam Lampiran I Peraturan Bupati ini.

BAB IV

PENGORGANISASIAN

Pasal 6

- (1) Bupati bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan RSUD sesuai Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit.
- (2) Penyelenggaraan Pelayanan RSUD sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas yang melaksanakan urusan di bidang kesehatan.

BAB V
PELAKSANAAN

Bagian Kesatu
Penerapan

Pasal 7

- (1) RSUD wajib melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Direktur RSUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan, berkewajiban membantu menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.
- (4) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh petugas dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (5) RSUD menyusun Rencana Aksi Strategis berisikan rencana kerja anggaran yang mencakup program kerja, kegiatan, target kinerja, biaya indikatif dan rencana peningkatan mutu pelayanan tahunan yang disusun oleh Direktur Rumah Sakit, serta dibantu oleh setiap unit kerja pelayanan dan administrasi, serta menerima berbagai masukan dari Perangkat Daerah yang membidangi Perencanaan Pembangunan Daerah di Kabupaten Bangka Selatan, Dinas yang melaksanakan urusan di bidang kesehatan, atau satuan kerja teknis lainnya.

Bagian Kedua
Penyediaan Sumber Daya

Pasal 8

- (1) Pemerintah Daerah bertanggung jawab dalam penyediaan sumber daya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang sesuai Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Penyediaan sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi sumber daya manusia, pembiayaan, sarana prasarana, dipenuhi sesuai dengan potensi, kemampuan dan prioritas daerah.

- (3) Penyediaan sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dapat bersumber pada Dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah atau sumber dana lainnya yang dianggap sah dan tidak mengikat.

BAB VI PEMBINAAN

Pasal 9

- (1) Pembinaan penerapan Standar Pelayanan Minimal di RSUD dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal dan mekanisme kerjasama antar daerah kabupaten/kota, berupa pemberian orientasi umum, pemberian standar teknis atau pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan, yang meliputi :
 - a. perhitungan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal, termasuk kesenjangan pembiayaannya;
 - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target standar pelayanan minimal;
 - c. penilaian pengukuran kinerja; dan
 - d. penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan standar pelayanan minimal RSUD.

Pasal 10

Pemerintah Daerah melaksanakan pembinaan, supervisi, monitoring dan evaluasi atas penerapan SPM di Rumah Sakit dalam rangka menjamin akses dan mutu pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat.

Pasal 11

- (1) Pemerintah Daerah wajib mendukung pengembangan kapasitas RSUD yang belum mampu mencapai SPM Rumah Sakit.
- (2) Dukungan pengembangan kapasitas Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.

BAB VII
PENGAWASAN

Bagia Kesatu
Pengawas Internal

Pasal 12

- (1) Pengawasan operasional pelayanan berdasarkan standar pelayanan minimal dilakukan oleh pengawas internal Rumah Sakit.
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Direktur RSUD.
- (3) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bersama-sama jajaran manajemen RSUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (4) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) membantu manajemen RSUD dalam hal tercapainya prestasi kerja atau target kinerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Bagian Kedua
Pengawas Eksternal

Pasal 13

- (1) Pengawasan eksternal terhadap RSUD dilakukan oleh Bupati melalui Dewan Pengawas RSUD, yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- (2) Pengawas eksternal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas untuk mengawasi dan membantu pengendalian pelayanan sesuai Standar Pelayanan Minimal di RSUD.

Bagian Ketiga
Pelaporan

Pasal 14

RSUD berkewajiban untuk menyusun dan menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan sesuai Standar Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan, kepada Bupati setiap 1 (satu) tahun sekali.

BAB VIII
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 15

- (1) Pejabat / Pegawai yang selama ini bertugas sebagai penanggung jawab masing-masing indikator SPM tetap menjalankan tugasnya sampai dengan Direktur RSUD menetapkan penanggung jawab masing-masing indikator yang tercantum di dalam SPM sesuai dengan Peraturan Bupati ini.
- (2) Penetapan penanggung jawab masing-masing indikator sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan paling lambat 3 (tiga) bulan sejak diberlakukannya Peraturan Bupati ini.

BAB IX
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 16

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

Ditetapkan di Toboali
pada tanggal 26 Februari 2018
BUPATI BANGKA SELATAN,

ttd

JUSTIAR NOER

Diundangkan di Toboali
pada tanggal 26 Februari 2018

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BANGKA SELATAN,

ttd

SUWANDI

BERITA DAERAH KABUPATEN BANGKA SELATAN TAHUN 2018 NOMOR 13

LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI BANGKA SELATAN
NOMOR 13 TAHUN 2018
TENTANG STANDAR PELAYANAN
MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH KABUPATEN BANGKA
SELATAN

INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN BANGKA SELATAN

| No | Jenis Pelayanan | Uraian | Standar | Pencapaian Saat Ini | Rencana Pencapaian Tahun Ke | | | | | |
|--|-------------------------|--|--|---|---|--|---|---------------|---------------|---------------|
| | | | | | I | II | III | IV | V | |
| 1 | Pelayanan Gawat Darurat | 1. Kemampuan Menangani life saving anak dan dewasa | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 2., Jam buka pelayanan gawat darurat | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam |
| | | 2. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan bersertifikat (ATLS/ BTLS/ ACLS/ PPGD/ GELS) | 100% | 40% | 75% | 80% | 85% | 90% | 100% | 100% |
| | | 3. Ketersediaan tim penanggulangan bencana | 1 Tim | 1 Tim | 1 Tim | 1 Tim | 1 Tim | 1 Tim | 1 Tim | 1 Tim |
| | | 5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat | ≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang | 6 Menit | ≤ 5 menit | ≤ 5 menit | ≤ 5 menit | ≤ 5 menit | ≤ 5 menit | ≤ 5 menit |
| | | 6. Kepuasan Pasien | ≥ 70% | 96,7% | ≥ 70% | ≥ 70% | ≥ 70% | ≥ 70% | ≥ 70% | ≥ 70% |
| | | 7. Kematian pasien < 24 Jam | ≤ 2 Perseribu | 5/1293 | ≤ 2 Perseribu | ≤ 2 Perseribu | ≤ 2 Perseribu | ≤ 2 Perseribu | ≤ 2 Perseribu | ≤ 2 Perseribu |
| | | 8. Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 2 | Pelayanan Rawat Jalan | 1, Dokter pemberi pelayanan di klinik spesialis | 100% dokter spesialis | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | 2. Ketersediaan Pelayanan | a. Klinik Anak, b. Klinik Penyakit Dalam, c. Klinik Kebidanan, d. Klinik Bedah | Dokter Spesialis a. Klinik Anak, b. Klinik Penyakit Dalam, c. Klinik Kebidanan, d. Klinik Bedah | a. Ada, b. Ada, c. Ada, d. Ada | Idem | Idem | Idem | Idem | |
| | | 3. Jam buka pelayanan | 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at: 08.00-11.00 | 100% pada jam 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at: 08.00-11.00 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | 4. Waktu tunggu rawat jalan | ≤ 60 menit | 28,6 menit | ≤ 60 menit | ≤ 60 menit | ≤ 60 menit | ≤ 60 menit | ≤ 60 menit | |
| | | 5. Kepuasan Pasien | ≥ 90% | 91,97% | ≥ 90% | ≥ 90% | ≥ 90% | ≥ 90% | ≥ 90% | |
| | | 6. a. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB\ | ≥ 60% | 100% | ≥ 60% | ≥ 60% | ≥ 60% | ≥ 60% | ≥ 60% | |
| | | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS | ≥ 60 % | 100% | ≥ 60 % | ≥ 60 % | ≥ 60 % | idem | idem | |
| | | 3 | Pelayanan Rawat Inap | 1, Pemberi pelayanan di Rawat Inap | a. Dokter Spesialis, b. Perawat Minimal Pendidikan D3 | 85% dokter spesialis, perawat D3 & SPK | a. Dokter Spesialis, b. Perawat Minimal Pendidikan D3 | idem | idem | idem |
| 2. Dokter Penanggung Jawab pasien Rawat Inap | 100% | | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |

| | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--|--|---|--|--|--|--|--|
| | | 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap | a. Anak, b. Penyakit Dalam, c. Kebidanan, d. Bedah | a. Anak, b. Penyakit Dalam, c. Kebidanan, d. Bedah | a. Ada, b. Ada, c. Ada, d. Ada | idem | idem | idem | idem |
| | | 4. Jam Visite Dokter Spesialis | 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja | 100% pada jam 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 5. Kejadian infeksi pasca operasi | ≤ 1,5% | 0% | ≤ 1,5% | ≤ 1,5% | ≤ 1,5% | ≤ 1,5% | ≤ 1,5% |
| | | 6. Kejadian infeksi nosokomial | ≤ 1,5% | 0% | ≤ 1,5% | idem | idem | idem | idem |
| | | 7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 8. Kematian pasien > 48 jam | ≤ 0,24% | 0,3% | ≤ 0,24% | ≤ 0,24% | ≤ 0,24% | ≤ 0,24% | ≤ 0,24% |
| | | 9. Kejadian Pulang Paksa | ≤ 5% | 6,2% | ≤ 5% | ≤ 5% | ≤ 5% | ≤ 5% | ≤ 5% |
| | | 10. Kepuasan pasien | ≥ 90% | 94% | ≥ 90% | ≥ 90% | ≥ 90% | ≥ 90% | ≥ 90% |
| | | 11. Rawat Inap TB | | | | | | | |
| | | a. Penegakan Diagnosis TB melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB | ≥ 60% | 100% | ≥ 60% | idem | idem | idem | idem |
| | | b. Terlaksananya kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit | ≥ 60% | 100% | ≥ 60% | idem | idem | idem | idem |
| 4 | Bedah Sentral (Bedah Saja) | 1. Waktu tunggu operasi elektif | ≤ 2 hari | data belum ada | ≤ 2 hari | ≤ 2 hari | ≤ 2 hari | ≤ 2 hari | ≤ 2 hari |
| | | 2. Kejadian kematian di meja operasi | ≤ 1% | 0% | ≤ 1% | ≤ 1% | ≤ 1% | ≤ 1% | ≤ 1% |
| | | 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 4. tidak adanya kejadian operasi salah orang | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pad tubuh pasien setelah operasi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 7. Komplikasi anestesi karena overdosis,reaksi anestesi, salah penempatan ET | ≤ 6% | 0% | ≤ 6% | ≤ 6% | ≤ 6% | ≤ 6% | ≤ 6% |
| 5 | Persalinan dan perinatologi | 1. Kejadian Kematian ibu karena persalinan | a. Pendarahan ≤ 1%, b. pre-eklampsia ≤ 30%, c. Sepsis ≤ 0,2% | a. 0% Pendarahan, b. 0% pre-eklampsia, c. 0% Sepsis | a. Pendarahan ≤ 1%, b. pre-eklampsia ≤ 30%, c. Sepsis ≤ 0,2% | a. Pendarahan ≤ 1%, b. pre-eklampsia ≤ 30%, c. Sepsis ≤ 0,2% | a. Pendarahan ≤ 1%, b. pre-eklampsia ≤ 30%, c. Sepsis ≤ 0,2% | a. Pendarahan ≤ 1%, b. pre-eklampsia ≤ 30%, c. Sepsis ≤ 0,2% | a. Pendarahan ≤ 1%, b. pre-eklampsia ≤ 30%, c. Sepsis ≤ 0,2% |
| | | 2. Pemberi pelayanan persalinan normal | a. Dokter Sp. OG, b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal), c. Bidan | Dokter Sp. OG dan Bidan | 100% | 100% | idem | idem | idem |
| | | 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit | Tim PONEK yang terlatih | oleh Tim PONEK | 100% | 100% | idem | idem | idem |

| | | | | | | | | | |
|----------|-----------------------------|---|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | | 4.. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi | Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter Sp.An | 100% oleh Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter Sp.An | 100% | 100% | idem | idem | idem |
| | | 5. Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr) | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 6. Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria | ≤ 20 % | 35,8% | ≤ 20 % | ≤ 20 % | ≤ 20 % | ≤ 20 % | ≤ 20 % |
| | | 7, Keluarga Berencana | | | | | | | |
| | | a. Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr. SpOG, dr. SpB, dr. SpU, dokter umum terlatih | 100% | 50% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | b. Persentase Peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 8. Kepuasan Pasien | ≥ 80% | tidak ada data | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% |
| 6 | intensif | 1. 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) | Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis dasar, 1 perawat yang bersertifikat | a. 100%, b. 100% | a. 100%, b. 100% | a. 100%, b. 100% | a. 100%, b. 100% | a. 100%, b. 100% |
| | | 2. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam | ≤ 3% | data tidak tersedia | ≤ 3% | ≤ 3% | ≤ 3% | ≤ 3% | ≤ 3% |
| 7 | Radiologi | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax | ≤ 3 jam | 1 jam | ≤ 3 jam | ≤ 3 jam | ≤ 3 jam | ≤ 3 jam | ≤ 3 jam |
| | | 2. Pelaksana Ekspertisi | Dokter Spesialis Radiologi | Dokter Spesialis Radiologi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen | Kerusakan Foto ≤ 2% | ≤ 3,3% | ≤ 2% | ≤ 2% | ≤ 2% | ≤ 2% | ≤ 2% |
| | | 4. Kepuasan Pasien | ≥ 80% | data belum ada | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% |
| 8 | Lab. patologi klinik | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium | ≤ 140 menit Kimia Darah & Darah Rutin | 90 menit | ≤ 140 menit Kimia Darah & Darah Rutin | ≤ 140 menit Kimia Darah & Darah Rutin | ≤ 140 menit Kimia Darah & Darah Rutin | ≤ 140 menit Kimia Darah & Darah Rutin | ≤ 140 menit Kimia Darah & Darah Rutin |
| | | 2. Pelaksanaan Ekspertisi | Dokter spesialis patologi klinik | Dokter spesialis patologi klinik | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 4. Kepuasan Pasien | ≥ 80% | 90% | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% |
| 9 | Rehabilitasi medik | 1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan | ≤ 50% | ≤ 1% | ≤ 50% | ≤ 50% | ≤ 50% | ≤ 50% | ≤ 50% |
| | | 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 3. Kepuasan Pasien | ≥ 80% | belum ada | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% |

| | | | | | | | | | |
|----|----------------------------|--|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 10 | Ffarmasi | 1. Waktu tunggu pelayanan a. obat jadi, b. Racikan | a. ≤ 30 Menit, b. ≤ 60 Menit | a. 13,3 menit, b. 26,62 menit | a. ≤ 30 Menit, b. ≤ 60 Menit | a. ≤ 30 Menit, b. ≤ 60 Menit | a. ≤ 30 Menit, b. ≤ 60 Menit | a. ≤ 30 Menit, b. ≤ 60 Menit | a. ≤ 30 Menit, b. ≤ 60 Menit |
| | | 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 3. Kepuasan Pasien | ≥ 80% | tidak ada data | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% | ≥ 80% |
| | | 4. Penulisan resep sesuai formularium | 100% | 90% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 11 | Gizi | 1. Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien | ≥ 90% | 87,60% | ≥ 90% | ≥ 90% | ≥ 90% | ≥ 90% | ≥ 90% |
| | | 2. Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien | ≤ 20% | 28,34% | ≤ 20% | ≤ 20% | ≤ 20% | ≤ 20% | ≤ 20% |
| | | 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 12 | Tranfusi darah | 1. Kebutuhan darah bagi setiap untuk pelayanan tranfusi | 100% terpenuhi | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 2. Kejadian reaksi tranfusi | ≤ 0,01% | 0% | ≤ 0,01% | ≤ 0,01% | ≤ 0,01% | ≤ 0,01% | ≤ 0,01% |
| 13 | Pelayanan GAKIN | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan | 100% terlayani | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 14 | Rekam Medik | 1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | 100% | 84% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 3. Waktu penyediaan dokumen Rekam medik rawat jalan | ≤ 10 menit | 7 Menit | ≤ 10 menit | ≤ 10 menit | ≤ 10 menit | ≤ 10 menit | ≤ 10 menit |
| | | 4. Waktu Penyediaan dokumen rekam medik rawat inap | ≤ 15 menit | ≤ 10 menit | ≤ 15 menit | ≤ 15 menit | ≤ 15 menit | ≤ 15 menit | ≤ 15 menit |
| 15 | Pengelolaan Limbah | 1, Baku mutu limbah cair | a. BOD < 30 mg/l | a. BOD 4,01 mg/l | a. BOD < 30 mg/l | a. BOD < 30 mg/l | a. BOD < 30 mg/l | a. BOD < 30 mg/l | |
| | | | b. COD < 80 mg/l | b. COD < 10,7 mg/l | b. COD < 80 mg/l | b. COD < 80 mg/l | b. COD < 80 mg/l | b. COD < 80 mg/l | |
| | | | c. TSS < 30 mg / l | c. TSS < 9 mg / l | c. TSS < 30 mg / l | c. TSS < 30 mg / l | c. TSS < 30 mg / l | c. TSS < 30 mg / l | |
| | | | d. ph 6-9 | d. ph 7,22 | d. ph 6-9 | d. ph 6-9 | d. ph 6-9 | d. ph 6-9 | |
| | | 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 16 | Administrasi dan Manajemen | 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi | 100% | 0% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun | ≥ 60 % | 2,74% | ≥ 60 % | ≥ 60 % | ≥ 60 % | ≥ 60 % | ≥ 60 % |
| | | 6. Cost recovery | ≥ 40 % | 100% | ≥ 40 % | ≥ 40 % | ≥ 40 % | ≥ 40 % | ≥ 40 % |
| | | 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan | 100% | 80% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

| | | | | | | | | | |
|----|---|---|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap | ≤ 2 jam | 10 menit | ≤ 2 jam | ≤ 2 jam | ≤ 2 jam | ≤ 2 jam | ≤ 2 jam |
| | | 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu insetif | | data ada tapi belum dapat diukur | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 17 | Ambulance/Kereta jenazah | 1. Waktu pelayanan ambulansce/kereta jenazah | 24 jam | 24 jam | 25 jam | 26 jam | 27 jam | 28 jam | 29 jam |
| | | 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS | ≤ 30 menit | 20 menit | ≤ 30 menit | idem | idem | idem | idem |
| | | 3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan | sesuai ketentuan daerah | belum ada perdanya | sesuai ketentuan daerah | sesuai ketentuan daerah | sesuai ketentuan daerah | sesuai ketentuan daerah | sesuai ketentuan daerah |
| 18 | Pemulasaran Jenazah | 1. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah | ≤ 2 jam | 1 jam | ≤ 2 jam | ≤ 2 jam | ≤ 2 jam | ≤ 2 jam | ≤ 2 jam |
| 19 | Pelayanan Pemeliharaan sarana RS | 1. Ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat | ≤ 80% | data ada tapi belum terukur | ≤ 80% | ≤ 80% | ≤ 80% | ≤ 80% | ≤ 80% |
| | | 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat | 100% | data ada tapi belum terukur | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | 100% | data ada tapi belum terukur | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 20 | Pelayanan Laundry | 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang | 100% | 90% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 21 | Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) | 1. Adanya anggota Tim PPI yang terlatih | Anggota Tim PPI yang terlatih 75% | 20% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| | | 2. Tersediaan APD di setiap instalasi/ departemen | 60% | 80% | 60% | 60% | 60% | 60% | 60% |
| | | 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/health care associated infection (HAI) di RS (min 1 parameter) | 75% | 62,5% | 75% | 75% | 75% | 75% | 75% |

BUPATI BANGKA SELATAN,

ttd

JUSTIAR NOER

LAMPIRAN II
 PERATURAN BUPATI BANGKA SELATAN
 NOMOR 13 TAHUN 2018
 TENTANG STANDAR PELAYANAN
 MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM
 DAERAH KABUPATEN BANGKA
 SELATAN

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan Menangani Lifesaving Anak dan Dewasa

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Kemampuan Menangani <i>life saving</i> |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat pada bayi, anak, orang dewasa dan ibu melahirkan |
| 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 | Daftar Inventaris alat di UGD |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Jam Pelayanan di Gawat Darurat |
| Dimensi Mutu | Keterjangkauan |
| Tujuan | Tersediannya 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 |
| Standar | 24 jam |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat |

3. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersediannya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan |
| Definisi Operasional | Tenaga kompeten adalah tenaga pemberi pelayanan gawat darurat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS / BTLS / ACLS / PPGD / GELS yang masih berlaku. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tiga bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Numerator | Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS |
| Denominator | Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit |

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektifitas |
| Tujuan | Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana |
| Definisi Operasional | Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga bulan sekali |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber Data | Instalasi gawat darurat |
| Standar | satu tim |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

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 | Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang di sampling (<i>minimal n = 50</i>) |
| Sumber Data | Sample |
| Standar | ≤ 5 |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu |

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket |
| 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 | Survei |
| Standar | ≥ 70% |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim mutu/panitia mutu |

7. Kematian Pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Kematian Pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat |
| 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 yang ditangani di Gawat Darurat |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | ≤ 2 perseribu |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

8. Tidak Adanya Keharusan Membayar Uang Muka

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Tidak Adanya Keharusan untuk Membayar Uang Muka |
| Dimensi Mutu | Akses dan Keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat |
| Definisi Operasional | Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat |
| Sumber Data | Sample |
| Standar | ≤ 5 |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu |

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis |
| Dimensi Mutu | Kompetensi tehnik |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten |
| Definisi Operasional | Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Sumber Data | Register rawat jalan poliklinik spesialis |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat jalan |

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit |
| Definisi Operasional | Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan klasifikasi rumah sakit |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif) |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber Data | Register rawat jalan poliklinik spesialis |
| Standar | 100% (sesuai dengan kelas rumah sakit permenkes No 340/2010) |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat jalan |

3. Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit |
| Definisi Operasional | Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at pukul 08.00 s.d. 11.00 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan |
| Sumber Data | Register rawat jalan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat jalan |

4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Waktu Tunggu di Rawat Jalan |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei |
| Sumber Data | Survey Pasien rawat jalan |
| Standar | ≤ 60 menit |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu |

5. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket |
| 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 (minimal n = 50) |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≥90% |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat jalan |

6. Pasien Rawat Jalan TB 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 follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap tiga bulan |
| Periode Analisa | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dirumah sakit dalam waktu tiga bulan |
| Sumber Data | Register rawat inap, register TB 03 UPK |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat inap |

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 bbulan |
| Numerator | Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat inap |

2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

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

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat inap oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit |
| Definisi Operasional | Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat inap oleh dokter spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jenis - jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif) |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber Data | Register rawat inap |
| Standar | 100% (sesuai dengan kelas rumah sakit permenkes No 340/2010) |
| Penanggung jawab Pengumpulan 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 sehari-hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | tiap bulan |
| Periode Analisa | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei |
| Denominator | Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan 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 dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | ≤ 1,5 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu |

6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Angka Kejadian Infeksi Nosokomial |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit |
| Definisi Operasional | Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | tiap bulan |
| Periode Analisa | tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan |
| Sumber Data | Survei, laporan infeksi nosokomial |
| Standar | ≤ 9 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu |

7. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh |
| 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 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | tiap bulan |
| Periode Analisa | tiap bulan |
| Numerator | Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian |
| Denominator | Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | Rekam medis, laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala instalasi rawat inap |

8. Kematian Pasien > 48 Jam

| | |
|--------------|---|
| Judul | Kematian Pasien > 48 Jam |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan Efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Definisi Operasional | Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam Medis |
| Standar | ≤ 24/1000 (internasional) atau ≤ 25/1000 (indonesia) |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Ketua komite mutu/tim mutu |

9. Kejadian Pulang Paksa

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Kejadian Pulang Paksa |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit |
| Definisi Operasional | Pulang sebelum sembuh 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 medic |
| Standar | ≤5% |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Ketua Komite mutu/tim mutu |

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan Pelanggan Rawat Inap |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap |
| Definisi Operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap oleh dokter, perawat dan kondisi ruangan |
| 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 | Survei |
| Standar | ≥ 90 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan 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 nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn 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 |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi rawat inap |

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu Tunggu Operatif Elektif

| | |
|-----------------------------------|--|
| Judul | Waktu Tunggu Operasi Elektif |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, 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 bulan tersebut |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | ≤ 2 hari |
| Penanggung jawab Pengumpulan data | Kepala Instalasi Bedah Sentral |

2. Kejadian Kematian Dimeja 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 sentinel event |
| Periode Analisa | Tiap bulan dan sentinel event |
| 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 |
| Standar | ≤ 1 % |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi bedah sentral/komite medis |

3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien |
| Definisi Operasional | Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan dan sentinel event |
| Periode Analisa | 1 bulan dan sentinel event |
| Numerator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan |

| | |
|------------------|---|
| Denominator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan |
| Sumber Data | Rekam medis, laporan keselamatan pasien |
| Standar | ≤ 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi bedah sentral/komite medis |

4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tidak Adanya 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 |
| Standar | ≤ 100 % |
| Penanggung jawab | 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 ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan |
| Definisi Operasional | Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan dan sentinel event |
| Periode Analisa | 1 bulan dan sentinel event |
| Numerator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan |
| Sumber Data | Rekam medis, laporan keselamatan pasien |
| Standar | ≤ 100 % |
| Penanggung jawab | 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 | Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi |
| Definisi Operasional | Kejadian tertinggal 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 waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Sumber Data | Rekam medis, laporan keselamatan pasien |
| Standar | ≤ 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi bedah sentral/komite medis |

7. Komplikasi Anastesi Karena Over Dosis, Reaksi Anantesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Komplikasi Anastesi Karena Over Dosis, Reaksi Anantesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung |
| Definisi Operasional | Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi 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 komplikasianastesi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | ≤ 6 % |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi bedah sentral/komite medis |

V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DI LUAR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK)

1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan |
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan. |
| Definisi operasional | Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong. |
| Frekuensi pengumpulan data | Tiap bulan |
| Periode analisis | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis(masing-masing penyebab) |
| Denominator | Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis. |
| Sumber data | Rekam medis rumah sakit |
| Standar | Pendarahan ≤ 1% pre-eklampsia ≤ 30%, sepsis ≤ 0,2% |
| Penanggung jawab | 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 adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah 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, SMF Kebidanan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala SMF Kebidanan |

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, dokter SpA, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat, tali pusat menumbung |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih |
| Denominator | Tidak ada |
| Sumber data | Kepegawaian, rekam medis, SMF Kebidanan |
| Standar | Tersedia |
| Penanggung jawab | Kepala SMF Kebidanan |

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 analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | 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 analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani |
| Denominator | Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani |
| Sumber data | Rekam medik |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | 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 analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh persalinan dalam satu bulan |
| Sumber data | Rekam medis |
| Standar | ≤ 20% |
| Penanggung jawab | Komite mutu |

7. 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 analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber data | Survei |
| Standar | ≥ 80% |
| Penanggung jawab | Ketua komite mutu/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 | Efektivitas |
| 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 analisis | 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 medic |
| Standar | ≤ 3 % |
| Penanggung jawab | Komite medic/mutu |

2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pemberi Pelayanan Unit Intensif |
| Dimensi mutu | Keselamatan dan Efektivitas |
| Tujuan | Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan intensif |
| Definisi operasional | Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis, dokter umum dan perawat yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit |
| Frekuensi pengumpulan data | Tiga bulan sekali |
| Periode analisis | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah tim yang tersedia |
| Denominator | 1 |
| Sumber data | Unit Pelayanan intensif |
| Standar | Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi ICU |

VII. RADIOLOGI

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax |
| Dimensi mutu | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi |
| Definisi operasional | Waktu tunggu hasil foto thorax adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut |
| Sumber data | Rekam Medik |
| Standar | ≤ 3% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Radiologi |

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen |
| Dimensi mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis |
| Definisi operasional | Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan 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 analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan |
| Sumber data | Register di Instalasi radiologi |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Radiologi |

3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen |
| Dimensi mutu | Efektivitas dan efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan rontgen |
| Definisi operasional | Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca |

| | |
|----------------------------|---|
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan |
| Sumber data | Register radiologi |
| Standar | ≤ 2% |
| Penanggung jawab | 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 analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≥ 80 % |
| Penanggung jawab | Ketua Komite Mutu/tim mutu |

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium |
| Dimensi mutu | Efektivitas, 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 sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 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 | Survei |
| Standar | ≤ 140 menit (manual) |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Laboratorium |

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium |
| Dimensi mutu | Kompetensi Teknis |
| Tujuan | Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis |
| Definisi operasional | Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta. |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |

| | |
|------------------|--|
| Numerator | Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan |
| Sumber data | Register di instalasi laboratorium |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Laboratorium |

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 analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang diperiksa tanpa kesalahan administrasi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut |
| Sumber data | Rekam medik |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi 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 analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≥ 80 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Laboratorium |

IX. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan |
| Dimensi mutu | Kesinambungan pelayanan dan efektifitas |
| Tujuan | tergambarnya kesinambungan pelayanan rehab medik sesuai yang direncanakan |
| Definisi operasional | Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan |
| Frekuensi pengumpulan data | 3 bulan |
| Periode analisis | 6 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehab medik dalam 3 bulan |
| Sumber data | Rekam medik |
| Standar | ≤ 50% |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi rehab medik |

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik |
| Dimensi mutu | Keselamatan dan kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik |
| Definisi operasional | Kesalahan tindakan rehab 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 analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehab medik |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan |
| Sumber data | Rekam medik |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi rehabilitasi medik |

3. Kepuasan pelanggan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kepuasan pelanggan |
| Dimensi mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik |
| Definisi operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | jumlah kumulatif hasil penelitian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≥ 80% |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi rehabilitasi |

X. FARMASI

1. 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 analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≤ 30 menit |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi farmasi |

2. 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 tegang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan |

| | |
|----------------------------|--|
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan tersebut |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≤ 60 menit |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi farmasi |

3. 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: 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi farmasi |

4. 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 analisis | 3 bulan |
| Numerator | jumlah kumulatif hasil penelitian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≥ 80% |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi farmasi |

5. 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 analisis | 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 (minimal 50) |
| Sumber data | Survei |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi farmasi |

XI. GIZI

1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien |
| Dimensi mutu | Efektivitas, akses, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya efektivitas pelayanan instalasi gizi |
| Definisi operasional | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≥ 90% |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap |

2. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien |
| Dimensi mutu | Efektivitas dan efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi |
| Definisi operasional | Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi RS) |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | ≤ 20% |
| Penanggung jawab | 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 analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap |

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Tranfusi

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Tranfusi |
| 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 analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah |

2. Kejadian Reaksi Tranfusi

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kejadian Reaksi Tranfusi |
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya manajemen risiko pada UTD |
| Definisi operasional | Reaksi tranfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat tranfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat tranfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian tranfusi darah |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kejadian reaksi tranfusi dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang mendapat tranfusi dalam satu bulan |
| Sumber data | Rekam medik |
| Standar | ≤ 0,01 % |
| Penanggung jawab | 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 analisis | 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 | Direktur Rumah Sakit |

XIV. 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 ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau pasien rawat inap setelah diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap |

| | |
|------------------|---|
| Denominator | Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi rekam medik/ wadir pelayanan medik |

2. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yng Jelas |
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan |
| Definisi operasional | Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi rekam medik |

3. Waktu Penyedia Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Waktu Penyedia Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan |
| Dimensi mutu | Eketivitas, kenyamanan, efesiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan |
| Definisi operasional | Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas |
| Frekuensi pengumpulan data | Tiap bulan |
| Periode analisis | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati |
| Denominator | Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (n tidak kurang dari 100) |
| Sumber data | Hasil survey pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/pasien lama |
| Standar | ≤ 10 menit |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi rekam medik |

4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Waktu Penyedia Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap |
| Dimensi mutu | Eketivitas, kenyamanan, efesiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat Inap |
| Definisi operasional | Dokumen rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medik pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien |

| | |
|----------------------------|--|
| Frekuensi pengumpulan data | Tiap bulan |
| Periode analisis | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat inap yang diamati |
| Denominator | Total sampel penyediaan rekam medik sampel rawat inap yang diamati |
| Sumber data | Hasil survey |
| Standar | ≤ 15 menit |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi rekam medik |

XV. PENGELOLAAN LIMBAH

1. Baku Mutu Limbah Cair

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Baku Mutu Limbah Cair |
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian Rumah sakit terhadap keamanan limbah cair RS |
| 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 (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid): 30 mg/liter PH: 6-9 |
| Frekuensi pengumpulan data | 3 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu |
| Denominator | Jumlah keseluruhan pemeriksaan limbah cair |
| Sumber data | Hasil pemeriksaan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala IPSRS |

2. Pengelolaan Limbah Padat

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pengelolaan Limbah Padat |
| Dimensi mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Terkelolanya limbah padat sehingga tidak mencemari lingkungan |
| Definisi operasional | Limbah padat adalah limbah padat yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang dan yang berasal dari berbagai alat sanitasi RS |
| Frekuensi pengumpulan data | Tiap minggu sekali |
| Periode analisis | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Proses pengelolaan limbah padat sesuai peraturan perundangan |
| Denominator | 1 |
| Sumber data | Observasi tanpa seminggu sekali |
| Standar | Sesuai dengan persyaratan kelas RS dan permenkes no 1204 tahun 2004 |
| Penanggung jawab | Kepala instalasi pengelolaan limbah RS |

XVI. ADMINISTRASI dan MANAJEMEN

1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

| | |
|--------------|---|
| Judul | Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi |
| Dimensi mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit |

| | |
|----------------------------|--|
| Definisi operasional | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam satu bulan |
| Denominator | Total hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti 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 | Efektivitas, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan |
| Definisi operasional | Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/ kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator yang ada pada SPM, indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 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 | Efektivitas, efisiensi, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai |
| Definisi operasional | Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan april dan oktober |
| Frekuensi pengumpulan data | Satu tahun |
| Periode analisis | Satu tahun |
| Numerator | Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun |
| Sumber data | Sub bagian kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala bagian tata usaha |

4. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

| | |
|--------------|---|
| Judul | Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala |
| Dimensi mutu | Efektifitas, kenyamanan |
| Tujuan | Terambranya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai |

| | |
|----------------------------|---|
| Definisi operasional | Usulan Kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No 43/1999) |
| Frekuensi pengumpulan data | Satu tahun |
| Periode analisis | Satu tahun |
| Numerator | Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun |
| Sumber data | Sub 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 diluar rumah sakit yang bukan pendidikan formal. Minimal 20 jam pertahun |
| Frekuensi pengumpulan data | Satu tahun |
| Periode analisis | Satu tahun |
| Numerator | Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun |
| Denominator | Jumlah seluruh karyawan rumah sakit |
| Sumber data | Sub bagian kepegawaian |
| Standar | ≥ 60% |
| Penanggung jawab | Kepala bagian tata usaha |

6. Cost Recovery

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Cost Recovery |
| Dimensi mutu | Efisiensi, Efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit |
| Definisi operasional | Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam waktu tertentu |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan |
| Sumber data | Sub bagian kepegawaian |
| Standar | ≥ 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 | Tiga bulan |
| Periode analisis | Tiga bulan |
| Numerator | Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan |
| Denominator | Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan |
| Sumber data | Bagian keuangan |
| 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 Insentif

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Ketepatan Waktu Pemberian Insentif |
| Dimensi mutu | Efektivitas, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan karyawan |
| Definisi operasional | Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan prestasi kerja. Ketepatan waktu adalah ketepatan terhadap waktu yang disepakati/ peraturan rumah sakit |
| Frekuensi pengumpulan data | Tiap bulan |
| Periode analisis | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Waktu pemberian insentif yang tepat waktu dalam periode tiga bulan |
| Denominator | 3 |
| Sumber data | Hasil pengamatan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Bagian keuangan |

XVII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1. Waktu Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah

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

2. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di Rumah Sakit

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kecepatan Pemberian pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di Rumah Sakit |
| Dimensi mutu | Kenyamanan dan keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah |
| Definisi operasional | Kecepatan pemberian pelayanan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan |
| Sumber data | Catatan penggunaan mobil ambulans/ mobil jenazah |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab ambulance/kereta jenazah |

XVIII. PEMULASARAN JENAZAH

1. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah

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

XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tersedianya Anggota Tim PPI Terlatih |
| Dimensi mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya anggota tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI |
| Definisi operasional | Tim PPI adalah tim pencegahan pengendalian infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI |
| Frekuensi pengumpulan data | Tiap 3 bulan |
| Periode analisis | Tiap 1 bulan |
| Numerator | Jumlah anggota tim PPI yang sudah dilatih |
| Denominator | Jumlah anggota tim PPI |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 75% |
| Penanggung jawab | Tim PPI |

2. Koordinasi APD

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri) |
| Dimensi mutu | Keselamatan pasien dan petugas |
| Tujuan | Terlindunginya pasien, pengunjung dan petugas dari infeksi |
| Definisi operasional | APD (Alat Pelindung Diri) adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien, atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit, 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 data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS |
| Definisi operasional | Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (chek list) pada instalasi yang ada di RS minimal 1 parameter dari ILO, ILI, VAP, ISK |
| Frekuensi pengumpulan data | Setiap Hari |
| Periode analisis | 1 Bulan |
| Numerator | Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial |
| Denominator | Jumlah instalasi yang tersedia |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 75% |
| Penanggung jawab | Tim PPI RS |

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Waktu Tanggap Kerusakan Alat |
| Dimensi mutu | Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan |
| 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 | ≥ 80% |
| Penanggung jawab | Kepala IPSRS |

2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

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

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

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi |
| Dimensi mutu | Keselamatan dan Efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium |
| Definisi operasional | Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK) |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 tahun |
| Periode analisis | 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 register |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Laboratorim |

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 | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Laundry |

2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap |
| Dimensi mutu | Efisiensi dan efektivitas |
| Tujuan | Tegabarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry |
| Definisi operasional | Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan |
| Frekuensi pengumpulan data | 1 bulan |
| Periode analisis | 1 bulan |
| Numerator | Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu |
| Denominator | Jumlah hari dalam satu bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi laundry |

BUPATI BANGKA SELATAN,

ttd

JUSTIAR NOER