



**BUPATI KARAWANG  
PROVINSI JAWA BARAT**

**PERATURAN BUPATI KARAWANG  
NOMOR 5 TAHUN 2020**

**TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
PADA RUMAH SAKIT KHUSUS PARU KABUPATEN KARAWANG**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI KARAWANG,**

- Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan urusan wajib yang harus dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dan bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan;
- b. bahwa dengan telah ditetapkannya Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, dipandang perlu menyusun Standar pelayanan minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu membentuk Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Barat (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 8) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1968 tentang Pembentukan Kabupaten Purwakarta dan Kabupaten Subang dengan mengubah Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1968 Nomor 31, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2851);

2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
6. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
7. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);
8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2017 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);

10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 Tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 310);
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Berita Negara Republik Indonesia tahun 2014 Nomor 1676);
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 416);
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;

18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 364/Menkes/SK/III/2003 tentang Laboratorium Kesehatan;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
20. Peraturan Daerah Kabupaten Karawang Nomor 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Karawang Tahun 2016 Nomor 14).

**MEMUTUSKAN :**

**Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT KHUSUS PARU KABUPATEN KARAWANG**

**BAB I**

**KETENTUAN UMUM**

**Pasal 1**

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah Kabupaten adalah Daerah Kabupaten Karawang.
2. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Karawang.
4. Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang yang selanjutnya disebut RSK Paru Kabupaten Karawang adalah Unit Pelaksana Teknis Daerah pada Dinas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
5. Direktur adalah pimpinan tertinggi yang bertugas memimpin penyelenggaraan Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
6. Fleksibilitas adalah keleluasaan dalam pola pengelolaan keuangan dengan menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat tanpa mencari keuntungan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

7. Praktek Bisnis Yang Sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian layanan yang bermutu, berkesinambungan dan berdaya saing.
8. Standar Pelayanan Minimal adalah dokumen yang memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD
9. Tim Penilai adalah tim yang bertugas untuk menilai permohonan penerapan BLUD.

## **BAB II**

### **MAKSUD DAN TUJUAN**

#### **Pasal 2**

Maksud disusunnya Peraturan Bupati ini adalah menetapkan dokumen Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang di Lingkup Kabupaten Karawang untuk memenuhi persyaratan penetapan BLUD sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah

#### **Pasal 3**

Tujuan disusunnya Peraturan Bupati ini adalah:

- a. Sebagai pedoman bagi Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang dalam penyelenggaraan layanan kepada masyarakat;
- b. Terjaminnya hak masyarakat dalam menerima suatu layanan;
- c. Dapat digunakan sebagai alat untuk menentukan alokasi anggaran yang dibutuhkan;
- d. Alat akuntabilitas Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang dalam penyelenggaraan layanannya;
- e. Mendorong terwujudnya *checks and balance*; dan
- f. Terciptanya transparansi dan partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang.

**BAB III**  
**SISTEMATIKA**

**Pasal 4**

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang di lingkup Kabupaten Karawang disusun dengan sistematika sebagai berikut :

Bab I   Pendahuluan

Bab II   Standar Pelayanan Minimal RSKP Karawang

Bab III  Penutup

**Pasal 5**

- (1) Ketentuan mengenai Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan publik di lingkungan Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang.
- (2) Ketentuan mengenai Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan dokumen Standar Pelayanan Minimal yang telah dinilai oleh Tim Penilai sebagaimana tercantum dalam Lampiran sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

**Pasal 6**

- (1) Perubahan Standar Pelayanan Minimal merupakan kewenangan dari Bupati, melalui usulan Direktur Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang.
- (2) Perubahan Standar Pelayanan Minimal dapat dilakukan oleh Pemerintah Daerah karena alasan tertentu.
- (3) Hal-hal yang belum diatur dalam peraturan Bupati ini sepanjang mengenai teknis pelaksanaannya akan diatur lebih lanjut dengan keputusan Direktur Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang.



**BAB IV**  
**PENUTUP**  
**Pasal 7**

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Karawang.

Ditetapkan di Karawang  
pada tanggal **10 Februari 2020**

BUPATI KARAWANG,



**CELLICA NURRACHADIANA**

Diundangkan di Karawang  
pada tanggal **10 Februari 2020**  
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN  
KARAWANG,



**ACEP JAMHURI**

BERITA DAERAH KABUPATEN KARAWANG TAHUN 2020

NOMOR **5**

# STANDAR PELAYANAN MINIMAL



**RUMAH SAKIT KHUSUS PARU  
KABUPATEN KARAWANG**



## **Kata Pengantar**

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena dengan rahmat-Nya buku ini dapat tersusun sesuai dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit Paru Kabupaten Karawang.

Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Paru Kabupaten Karawang berdasarkan pada pengertian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana tercantum pada Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal yang berorientasi pada jenis dan mutu pelayanan dasar yang menjadi urusan wajib daerah.

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Paru Kabupaten Karawang merupakan alat ukur mutu layanan rumah sakit yang dapat mendukung pencapaian indikator kinerja rumah sakit. Rumah Sakit sebagai salah satu kinerja Pemerintah Kabupaten Karawang bidang kesehatan yang terukur melalui Standar Pelayanan Minimal Pemerintah Provinsi Jawa Barat.

Tersusunnya buku pedoman Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Paru Kabupaten Karawang. ini tidak terlepasnya dari bantuan dan dukungan berbagai pihak, untuk itu Tim penyusun mengucapkan terima kasih.

Karawang, 23 Januari 2019  
Direktur Rumah Sakit Paru  
Kabupaten Karawang.

dr. Hj. Anisah, M.Epid  
NIP.19731001 200604 2 025

## Daftar Isi

Kata Pengantar .....	ii
Daftar Isi .....	iii
Bab I. Pendahuluan .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Maksud dan Tujuan .....	1
C. Pengertian .....	1
D. Cara Penyusunan Dokumen RSKP Karawang .....	2
E. Landasan Hukum .....	3
F. Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal RSKP Karawang .....	3
Bab II. Standar Pelayanan Minimal RSKP Karawang .....	5
A. Jenis Pelayanan .....	5
B. Prosedur Pelayanan .....	6
C. Standar Pelayanan Minimal Setiap Jenis Pelayanan, Indikator Dan Standar .....	6
Bab III. Penutup .....	7
Lampiran 1. Indikator Standar Pelayanan Minimal .....	9
Lampiran 2. Rencana Pendanaan RSKP Karawang .....	10
Lampiran 3. Uraian Standar Pelayanan Minimal .....	21

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

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

RSKP Karawang sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan di Kabupaten Karawang, Provinsi Jawa Barat merupakan bagian dari sumber daya kesehatan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain.

Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal BAB I ayat 6 menyatakan: Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Ayat 7 menyatakan Indikator SPM adalah tolok ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan.

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

Agar dapat mengukur kinerja pelayanan kesehatan yang disediakan oleh RSKP Karawang, maka disusun Standar Pelayanan Minimal RSKP Karawang yang merupakan pedoman bagi seluruh karyawan dalam menyediakan pelayanan kepada masyarakat dengan indikator kinerja yang jelas.

### **B. MAKSUD DAN TUJUAN**

Adapun tujuan disusunnya Standar Pelayanan Minimal adalah tersedianya panduan bagi karyawan RSKP Karawang dalam menjalankan tugas pelayanan agar mencapai kinerja pelayanan yang diharapkan melalui perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung-jawaban penyelenggaraan pelayanan.

## C. PENGERTIAN

### Umum:

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

### Definisi Operasional:

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

**12. Penyebut (denominator)** adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja

**13. Sumber data** adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan

#### **D. CARA PENYUSUNAN DOKUMEN SPM RSKP KARAWANG**

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

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

#### **E. LANDASAN HUKUM**

1. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah.
4. Peraturan Pemerintah Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal.
5. Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.
6. Peraturan Pemerintah Nomor 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah.
7. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1575/ Menkes/SK/II/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal.



9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal.
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan Daerah.
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 61/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Propinsi, Kabupaten/ Kota dan Rumah Sakit.
13. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik, Pelayanan Publik.
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

#### **F. SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSKP KARAWANG**

Sistematika penyajian Dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSKP Karawang adalah sebagai berikut :

- Bab I**      Pendahuluan yang terdiri dari;
- a. Latar Belakang
  - b. Maksud dan tujuan
  - c. Pengertian umum dan khusus
  - d. Cara Menyusun Dokumen SPM RSKP Karawang
  - e. Landasan Hukum
  - f. Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal RSKP Karawang

- Bab II**     Standar Pelayanan Minimal RSKP Karawang terdiri dari;
- a. Jenis Pelayanan
  - b. Prosedur Pelayanan
  - c. SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar

#### **Bab III    Penutup**

Lampiran 1 Indikator Standar Pelayanan Minimal  
Lampiran 2 Rencana Pendanaan RSKP Karawang  
Lampiran 3 Uraian Standar Pelayanan Minimal

## **BAB II**

### **STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSKP KARAWANG**

Untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit, Direktur menetapkan Standar Pelayanan Rumah Sakit. Standar Pelayanan harus mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan, dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan.

Standar Pelayanan harus memenuhi persyaratan :

- a. Komponen standar pelayanan yang terkait dengan proses penyampaian pelayanan (service delivery) meliputi : Persyaratan, sistem, mekanisme dan prosedur, jangka waktu pelayanan, biaya/tarif, produk pelayanan, penanganan pengaduan, saran dan masukan
- b. Komponen standar pelayanan yang terkait dengan proses pengelolaan pelayanan di internal organisasi (manufacturing) meliputi : dasar hukum, sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas, kompetensi pelaksana, pengawasan internal, jumlah pelaksana, jaminan pelayanan, jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan dan evaluasi kinerja pelaksana

Standar pelayanan fokus mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi Rumah Sakit. Standar pelayanan terukur pencapaiannya, dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Standar pelayanan dapat dicapai karena merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya

#### **A. JENIS PELAYANAN**

Instalasi dan Unit adalah unit tugas pelayanan non struktural yang dibentuk sesuai kebutuhan rumah sakit dalam rangka menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan. Pembentukan dan perubahan Instalasi dan Unit ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit berdasarkan analisis organisasi dan kebutuhan.

Berikut adalah Jenis pelayanan yang dibentuk di RSKP Karawang terdiri dari:

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan Rawat Inap
4. Pelayanan Bedah Sentral (Tindakan/Intervensi Paru)
5. Pelayanan Intensif
6. Pelayanan Radiologi
7. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
8. Pelayanan Rehabilitasi Medik/ Fisioterapi
9. Pelayanan Farmasi
10. Pelayanan Gisi
11. Pelayanan Transfusi Darah
12. Pelayanan Keluarga Miskin
13. Pelayanan Rekam Medis
14. Pengelolaan Limbah

15. Pelayanan Administrasi Manajemen
16. Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah
17. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
18. Pelayanan Laundry
19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
20. Pencegah Pengendalian Infeksi

Unit yang dibentuk di RSKP Karawang yaitu: Unit Layanan Pengadaan Barang dan Jasa. Direktur dapat membentuk instalasi/unit baru dan atau merubah instalasi dan unit berdasarkan atas analisis organisasi dan kebutuhan.

Pedoman dan standar fasilitas serta penyelenggaraan kegiatan pelayanan diatur dalam Standar Pelayanan Instalasi dan Unit yang ditetapkan oleh Direktur berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

## **B. PROSEDUR PELAYANAN**

Prosedur pelayanan di RSKP Karawang disusun dalam bentuk Standar Operasional Prosedur (SOP) yang dituangkan dalam dokumen Tata kelola yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.

SOP merupakan serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas. Tujuan penyusunan Standar Operasional Prosedur di RSKP Karawang adalah agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/seragam dan aman dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

Manfaat SOP bagi RSKP Karawang adalah memenuhi persyaratan standar pelayanan RSKP Karawang , mendokumentasikan langkah-langkah kegiatan dan memastikan staf RSKP Karawang memahami bagaimana melakukan pekerjaannya.

Alur pelayanan di RSKP Karawang disusun untuk memberikan kejelasan dan kemudahan bagi pasien untuk mendapatkan pelayanan di RSKP Karawang . Terdapat beberapa alur pelayanan yang berlaku di RSKP Karawang .

## **C. STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR**

Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSKP Karawang mengacu kepada Standar Pelayanan Minimal yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal.

### **BAB III PENUTUP**

Standar Pelayanan Minimal RSKP Karawang pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah provinsi dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian mengingat kondisi di RSKP Karawang terkait dengan sumber daya yang masih terbatas, maka pelaksanaan SPM akan dilakukan secara bertahap. Oleh karena itu pencapaian standar SPM RSKP Karawang ditetapkan mulai tahun 2020 sampai dengan tahun 2025 sesuai dengan kondisi/perkembangan kapasitas rumah sakit dengan acuan hasil evaluasi SPM tahun 2020. Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

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

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

BUPATI KARAWANG,



**CELLICA NURRACHADIANA**



## Indikator Standar Pelayanan Minimal

No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN		Penang gung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2019	2020	2021		
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	Belum ada data	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat	
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	Belum ada data	24 Jam	24 Jam		
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat dan masih berlaku ATLS / BTLS / ACLS / PPGD	100%	Belum ada data	100%	100%		
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	Belum ada data	Satu tim	Satu tim		
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit	Belum ada data	≤ 5 menit	≤ 5 menit		
		6. Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	Belum ada data	≥ 70 %	≥ 70 %		
		7. Kematian pasien ≤ 24 Jam (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ 2‰	Belum ada data	≤ 2‰	≤ 2‰		
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	Belum ada data	100%	100%		
2.	Rawat Jalan	1. Ketersediaan Pelayanan	1. Peny. Paru 2. Peny. Dalam 3. Kesh. Anak 4. Bedah Thoraks 5. Anestesi	Belum ada data	1. Peny. Paru 2. Peny. Dalam 3. Kesh. Anak 4. Bedah Thoraks 5. Anestesi	1. Peny. Paru 2. Peny. Dalam 3. Kesh. Anak 4. Bedah Thoraks 5. Anestesi	Kepala Instalasi Rawat Jalan	
		2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100% dr spesialis	Belum ada data	100% dr spesialis	100% dr spesialis		
		3. Jam buka pelayanan.	100%	Belum ada data	100%	100%		
		4. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	Belum ada data	≤ 60 menit	≤ 60 menit		
		5. Pelaksanaan strategi DOTS a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60%	Belum ada data	≥ 60%	≥ 60%		
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	≥ 60%	Belum ada data	≥ 60%	≥ 60%		
		6. Ketersediaan pelayanan VCT	Tersedia dengan	Belum ada data	Tersedia dengan	Tersedia dengan		



No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN		Penang gung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2019	2020	2021		
			tenaga terlatih.		tenaga terlatih.	tenaga terlatih.		
		7. Peresepan obat sesuai dengan formularium	100%	<b>Belum ada Data</b>	100%	100%		
		8. Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	<b>Belum ada data</b>	≥ 90 %	≥ 90 %		
3.	Rawat Inap	1. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	1. Peny. Paru  2. Peny. Dalam 3. Kesh. Anak 4. Bedah Thoraks 5. Anestesi	<b>Belum ada data</b>	1. Peny. Paru  2. Peny. Dalam 3. Kesh. Anak 4. Bedah Thoraks 5. Anestesi	1. Peny. Paru  2. Peny. Dalam 3. Kesh. Anak 4. Bedah Thoraks 5. Anestesi	Kepala Instalasi Rawat Inap / Kaur Kepera watan	
		2. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	DIII Keperawatan, NERS (1 / 2 TT)	<b>Belum ada data</b>	DIII Keperawatan, NERS (1 / 2 TT)	DIII Keperawatan, NERS (1 / 2 TT)		
		3. Tempat tidur dengan pengaman	100%	<b>Belum ada data</b>	100%	100%		
		4. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100%	<b>Belum ada data</b>	100%	100%		
		5. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	<b>Belum ada data</b>	100%	100%		
		6. Jam Visite Dokter Spesialis 08.00 s/d 14.00	100%	<b>Belum ada data</b>	100%	100%		
		7. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9 %	<b>Belum ada data</b>	≤ 9 %	≤ 9 %		
		8. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%	<b>Belum ada data</b>	100%	100%		
		9. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	<b>Belum ada data</b>	100%	100%		
		10. Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%	<b>Belum ada data</b>	≥ 60%	≥ 60%		
		11. Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	<b>Belum ada data</b>	≤ 5 %	≤ 5 %		
		12. Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	<b>Belum ada data</b>	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %		



No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN		Penang gung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2019	2020	2021		
		13. Kepuasan pasien	≥ 90 %	Belum ada data	≥ 90 %	≥ 90 %		
4.	Bedah Sentral/ Tindakan Intervensi Paru	1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	Belum ada data	≤ 2 hari	≤ 2 hari	Kepala Instalasi Bedah	
		2. Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %	Belum ada data	≤ 1 %	≤ 1 %		
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sis	100%	Belum ada data	100%	100%		
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	Belum ada data	100%	100%		
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	Belum ada data	100%	100%		
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	Belum ada data	100%	100%		
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	≤ 6 %	Belum ada data	≤ 6 %	≤ 6 %		
5.	Intensif	1. Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	Belum ada data	≤ 3 %	≤ 3 %	Kepala Instalasi Intensif	
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	1. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani  2. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	Belum ada data	1. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani  2. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	1. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani  2. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)		
6	Radiologi	1. Pemberi pelayanan radiologi	Dokter spesialis radiologi (1),Radio grafer (min 1)	Belum ada data	Dokter spesialis radiologi (1),Radio grafer (min 1)	Dokter spesialis radiologi (1),Radio grafer (min 1)	Kepala Instalasi Radiologi	



No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN		Penang gung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2019	2020	2021		
		2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	X-Ray dengan Fluorosc opy Mobile X- Ray (100 mA) Automati c Film Processo r USG	Belum ada data	X-Ray dengan Fluorosc opy Mobile X- Ray (100 mA) Automati c Film Processo r USG	X-Ray dengan Fluorosc opy Mobile X- Ray (100 mA) Automati c Film Processo r USG		
		3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam	Belum ada data	≤ 3 jam	≤ 3 jam		
		4. Kerusakan foto	≤ 2 %	Belum ada data	≤ 2 %	≤ 2 %		
		5. Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	Belum ada data	100%	100%		
		6. Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Dr Sp radiologi	Belum ada data	Dr Sp radiologi	Dr Sp radiologi		
		7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Belum ada data	≥ 80 %	≥ 80 %		
7.	Lab. Patologi Klinik	1. Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	2 tenaga Ahli madya Analis Kesehatan	Belum ada data	2 tenaga Ahli madya Analis Kesehatan	2 tenaga Ahli madya Analis Kesehatan	Kepala Instalasi Lab Patologi Klinik	
		2. Fasilitas dan peralatan laboratorium patologi klinik	Tersedia ruang laboratorium hematology analyser, 2  binocular microscop, sentrifuge, incubator aerob, autoclave, biosafety cabinet class II, parometer, inspirator  refrigerator, rak tabung	Belum ada data	Tersedia ruang laboratorium hematology analyser, 2  binocular microscop, sentrifuge, incubator aerob, autoclave, biosafety cabinet class II, parometer, inspirator  refrigerator, rak tabung	Tersedia ruang laboratorium hematology analyser, 2  binocular microscop, sentrifuge, incubator aerob, autoclave, biosafety cabinet class II, parometer, inspirator  refrigerator, rak tabung		



No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN		Penang gung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2019	2020	2021		
			LED,  Hematol ogy cell counter, Hb, meter, pipet leukosit, pipet eritosit, bil ik hitung,  glucosa meter.		LED,  Hematol ogy cell counter, Hb, meter, pipet leukosit, pipet eritosit, bil ik hitung,  glucosa meter.	LED,  Hematol ogy cell counter, Hb, meter, pipet leukosit, pipet eritosit, bil ik hitung,  glucosa meter.		
		3. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (Kimia darah & darah rutin, mikroskopis BTA)	≤ 140 menit	<b>Belum ada data</b>	≤ 140 menit	≤ 140 menit		
		4. Kemampuan melakukan screening HIV – AIDS	Tersedia tenaga dan fasilitas untuk pemeriks aan screening HIV	<b>Belum ada data</b>	Tersedia tenaga dan fasilitas untuk pemeriks aan screening HIV	Tersedia tenaga dan fasilitas untuk pemeriks aan screening HIV		
		5. Kemampuan Mikroskopis TB Paru	Tersedia tenaga, peralatan, reagen  pemeriksa an mikroskop is tuberculosis	<b>Belum ada data</b>	Tersedia tenaga, peralatan, reagen  pemeriksa an mikroskop is tuberculosis	Tersedia tenaga, peralatan, reagen  pemeriksa an mikroskop is tuberculosis		
		6. Tidak Adanya Kesalahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	<b>Belum ada data</b>	100%	100%		
		7. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Adanya Dokter Sp. PK 100%	<b>Belum ada data</b>	Adanya Dokter Sp. PK 100%	Adanya Dokter Sp. PK 100%		
		8. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%	<b>Belum ada data</b>	100%	100%		
		9. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	<b>Belum ada data</b>	≥ 80 %	≥ 80 %		
8.	Rehabilitasi Medik/ Fisioterapi	1. Pemberi pelayanan fisioterapi	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit 2 fisioterapis	<b>Belum ada data</b>	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit 2 fisioterapis	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit 2 fisioterapis	Kepala Instalasi Rawat Jalan	



No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN		Penang gung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2019	2020	2021		
			LED,  Hematol ogy cell counter, Hb, meter, pipet leukosit, pipet eritosit, bil ik hitung,  glucosa meter.		LED,  Hematol ogy cell counter, Hb, meter, pipet leukosit, pipet eritosit, bil ik hitung,  glucosa meter.	LED,  Hematol ogy cell counter, Hb, meter, pipet leukosit, pipet eritosit, bil ik hitung,  glucosa meter.		
		3. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (Kimia darah & darah rutin, mikroskopis BTA)	≤ 140 menit	<b>Belum ada data</b>	≤ 140 menit	≤ 140 menit		
		4. Kemampuan melakukan screening HIV – AIDS	Tersedia tenaga dan fasilitas untuk pemeriks aan screening HIV	<b>Belum ada data</b>	Tersedia tenaga dan fasilitas untuk pemeriks aan screening HIV	Tersedia tenaga dan fasilitas untuk pemeriks aan screening HIV		
		5. Kemampuan Mikroskopis TB Paru	Tersedia tenaga, peralatan, reagen  pemeriksa an mikroskop is tuberculosis	<b>Belum ada data</b>	Tersedia tenaga, peralatan, reagen  pemeriksa an mikroskop is tuberculosis	Tersedia tenaga, peralatan, reagen  pemeriksa an mikroskop is tuberculosis		
		6. Tidak Adanya Kesalahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	<b>Belum ada data</b>	100%	100%		
		7. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Adanya Dokter Sp. PK 100%	<b>Belum ada data</b>	Adanya Dokter Sp. PK 100%	Adanya Dokter Sp. PK 100%		
		8. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%	<b>Belum ada data</b>	100%	100%		
		9. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	<b>Belum ada data</b>	≥ 80 %	≥ 80 %		
8.	Rehabilitasi Medik/ Fisioterapi	1. Pemberi pelayanan fisioterapi	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit 2 fisioterapis	<b>Belum ada data</b>	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit 2 fisioterapis	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit 2 fisioterapis	Kepala Instalasi Rawat Jalan	



No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN		Penang gung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2019	2020	2021		
		2. Fasilitas dan peralatan fisioterapi	Exercises Treadmill Static Bicycle / Ergocycle Shortwave Diathermy Infrared  Nebulizer	<b>Belum ada data</b>	Exercises Treadmill Static Bicycle / Ergocycle Shortwave Diathermy Infrared  Nebulizer	Exercises Treadmill Static Bicycle / Ergocycle Shortwave Diathermy Infrared  Nebulizer		
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	<b>Belum ada data</b>	100%	100%		
		4. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50%	<b>Belum ada data</b>	≤ 50%	≤ 50%		
		5. Kepuasan Pelanggan	≥80%	<b>Belum ada data</b>	≥80%	≥80%		
9.	Farmasi	1. Pemberi pelayanan farmasi	5 tenaga apoteker, 5 tenaga asisten apoteker dan 3 tenaga administrasi	<b>Belum ada data</b>	5 tenaga apoteker, 5 tenaga asisten apoteker dan 3 tenaga administrasi	5 tenaga apoteker, 5 tenaga asisten apoteker dan 3 tenaga administrasi	Kepala Instalasi Farmasi	
		2. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Ruang farmasi, rak obat, lemari narkotika, lemari psikotropika, 2 set medicine packing system, 1 set alat puyer manual, 4 buah alat pengapsul, AC	<b>Belum ada data</b>	Ruang farmasi, rak obat, lemari narkotika, lemari psikotropika, 2 set medicine packing system, 1 set alat puyer manual, 4 buah alat pengapsul, AC	Ruang farmasi, rak obat, lemari narkotika, lemari psikotropika, 2 set medicine packing system, 1 set alat puyer manual, 4 buah alat pengapsul, AC		
		3. Ketersediaan formularium	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun	<b>Belum ada data</b>	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun		
		4. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	<b>Belum ada data</b>	≤ 30 menit	≤ 30 menit		
		5. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	<b>Belum ada data</b>	≤ 60 menit	≤ 60 menit		



No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN		Penang gung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2019	2020	2021		
		6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	Belum ada data	100%	100%		
		7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Belum ada data	≥ 80 %	≥ 80 %		
10.	Gizi	1. Pemberi pelayanan gizi	Sesuai Standar RS ( 2 AKZI/ SPAG )	Belum ada data	Sesuai Standar RS ( 2 AKZI/ SPAG )	Sesuai Standar RS ( 2 AKZI/ SPAG )	Kepala Instalasi Gizi	
		2. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Tersedia	Belum ada data	Tersedia	Tersedia		
		3. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	Belum ada data	≥ 90 %	≥ 90 %		
		4. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	Belum ada data	≤ 20 %	≤ 20 %		
		5. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%	Belum ada data	100%	100%		
		6. Kepuasan pelanggan	≥80 %	Belum ada data	≥80 %	≥80 %		
11.	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % terpenuhi	Belum ada data	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	Penanggung Jawab Bank Darah	
		2. Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %	Belum ada data	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %		
12.	Pelayanan Keluarga Miskin	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	Belum ada data	100 % terlayani	100 % terlayani		
13.	Rekam Medis	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	Belum ada data	100%	100%	Kepala Instalasi Rekam Medik	
		2. Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	Belum ada data	100%	100%		
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	Belum ada data	≤ 10 menit	≤ 10 menit		
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	Belum ada data	≤ 15 menit	≤ 15 menit		
14.	Pengelolaan limbah	1 Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	Adanya SK		Adanya SK	Adanya SK	Kepala Sub Bagian	



No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN		Penang gung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2019	2020	2021		
			Direktur sesuai persyaratan RS	Belum ada data	Direktur sesuai persyaratan RS	Direktur sesuai persyaratan RS	Umum (Kepala IPSRS)	
		2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit : padat, cair	Sesuai peraturan perundangan	Belum ada data	Sesuai peraturan perundangan	Sesuai peraturan perundangan		
		3. Pengelolaan limbah cair	Sesuai peraturan perundangan	Belum ada data	Sesuai peraturan perundangan	Sesuai peraturan perundangan		
		4. Pengelolaan limbah padat	Sesuai peraturan perundangan	Belum ada data	Sesuai peraturan perundangan	Sesuai peraturan perundangan		
		5. Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l	Belum ada data	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l		
			c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9		c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9	c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9		
15.	Administrasi dan Manajemen	1. Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	≥ 90 %	Belum ada data	≥ 90 %	≥ 90 %	Kepala Sub Bagian Umum	
		2. Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada	Belum ada data	Ada	Ada		
		3. Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	Belum ada data	Ada	Ada		
		4. Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	Belum ada data	Ada	Ada		
		5. Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	Belum ada data	Ada	Ada		
		6. Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	Belum ada data	Ada	Ada		
		7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	Belum ada data	100%	100%		
		8. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	Belum ada data	100%	100%		
		9. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	Belum ada data	100%	100%		
		10. Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥ 90 %	Belum ada data	≥ 90 %	≥ 90 %		



No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN		Penang gung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2019	2020	2021		
		11. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	Belum ada data	100%	100%		
		12. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤2 jam	Belum ada data	≤2 jam	≤2 jam		
		13. Cost recovery	≥ 60 %	Belum ada data	≥ 60 %	≥ 60 %		
		14. Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%	Belum ada data	100%	100%		
		15. Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %	Belum ada data	≥ 60 %	≥ 60 %		
		16. Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%	Belum ada data	100%	100%		
16.	Ambulance/ Kereta Jenazah	1. Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	24 jam	Belum ada data	24 jam	24 jam	Kepala Instalasi Gawat Darurat	
		2. Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah	supir ambulans terlatih	Belum ada data	supir ambulans terlatih	supir ambulans terlatih		
		3. Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Mobil Ambulans dan mobil jenazah terpisah	Belum ada data	Mobil Ambulans dan mobil jenazah terpisah	Mobil Ambulans dan mobil jenazah terpisah		
		4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	Belum ada data	≤ 30 menit	≤ 30 menit		
		5. Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit (DO mulai masyarakat meminta sampai dengan ambulans berangkat dari RS)	Belum ada data	≤ 30 menit (DO mulai masyarakat meminta sampai dengan ambulans berangkat dari RS)	≤ 30 menit (DO mulai masyarakat meminta sampai dengan ambulans berangkat dari RS)		
		6. Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100%	Belum ada data	100%	100%		
		7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Belum ada data	≥ 80 %	≥ 80 %		
17.	Pemulasaran Jenazah	1. Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah	24 jam	Belum ada data	24 jam	24 jam	Kepala Instalasi	



No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN			Penang gung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2019	2020	2021			
		2. Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai persyaratan an kelas rumah sakit	Belum ada data	Sesuai persyaratan an kelas rumah sakit	Sesuai persyaratan an kelas rumah sakit	Rawat Inap		
		3. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	Belum ada data	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur			
		4. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤15 menit setelah di kamar jenazah	Belum ada data	≤15 menit setelah di kamar jenazah	≤15 menit setelah di kamar jenazah			
		5. Perawatan jenazah sesuai standar universal precaution	100%	Belum ada data	100%	100%			
		6. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%	Belum ada data	100%	100%			
		7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	Belum ada data	≥ 80 %	≥ 80 %			
18.	Pelayanan laundry	1. Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	Belum ada data	Tersedia	Tersedia	Kaur Rumah Tangga		
		2. Adanya Penanggung jawab pelayanan laundry	Ada SK Direktur	Belum ada data	Ada SK Direktur	Ada SK Direktur			
		3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Tersedia	Belum ada data	Tersedia	Tersedia			
		4. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelay anan	100%	Belum ada data	100%	100%			
		5. Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	Belum ada data	100%	100%			
		6. Ketersediaan linen	2,5 - 3 set x jumlah tempat tidur	Belum ada data	2,5 - 3 set x jumlah tempat tidur	2,5 - 3 set x jumlah tempat tidur			
19	Pelayanan pemelihan sarana rumah sakit	1. Adanya Penanggung Jawab IPSRS	SK Diaktur	Belum ada data	SK Diaktur	SK Diaktur	Kaur Rumah Tangga		
		2. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	Belum ada data	Tersedia	Tersedia			
		3. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 80%	Belum ada data	≥ 80%	≥ 80%			
		4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	Belum ada data	100%	100%			



No	Jenis Pelayanan	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		Saat ini	BATAS WAKTU PENCAPAIAN		Penang gung Jawab	Ket
		Indikator	Standar/ Nilai	2019	2020	2021		
		5. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	Belum ada data	100%	100%		
20.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%	Belum ada data	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%	Ketua Tim PPI	
		2. Ketersediaan APD di setiap instalasi/departemen	≥60 %	Belum ada data	≥60 %	≥60 %		
		3. Rencana program PPI	Ada	Belum ada data	Ada	Ada		
		4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%	Belum ada data	100%	100%		
		5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	Belum ada data	100%	100%		
		6. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/health care associated infection (HAI) di rumahsakit.	≥ 75%	Belum ada data	≥ 75%	≥ 75%		

## LAMPIRAN 2

### RENCANA PENDANAAN RSKP KARAWANG

No	Uraian	Jumlah Rupiah		
		2019	2020	2021
<b>1.</b>	<b>Estimasi Pendapatan</b>			
a.	Instalasi Bedah Sentral	-	250.000.000	275.000.000
b.	Instalasi Rawat Jalan	-	303.970.000	337.067.000
c.	Instalasi Rawat Inap	-	208.500.000	22.935.000
d.	Instalasi Laboratorium	-	77.400.000	85.140.000
e.	Instalasi Radiologi	-	172.500.000	189.750.000
f.	Instalasi Gawat Darurat	-	18.225.000	20.047.500
g.	Instalasi Perawatan Kritis	-	64.495.000	70.944.500
h.	Instalasi Rehabilitasi Medis	-	8.365.000	9.201.500
i.	Instalasi Patologi Anatomi	-	18.250.000	20.075.000



	j.	Instalasi Farmasi	-	528.752.000	590.007.220
	k.	Ambulance	-	106.250.000	116.875.000
	l.	Bank Darah	-	21.000.000	17.600.000
	m.	Konsul Rawat Jalan	-	11.375.000	12.512.500
	n.	Konsul Rawat Inap	-	10.000.000	11.000.000
	o.	Instalasi Medical Check Up	-	70.065.000	77.071.500
<b>Total</b>			-	2.198.000.000	2.420.680.020
<b>2.</b>	<b>Estimasi Pengeluaran</b>				
	a.	Belanja Pegawai	-	7.173.400.000	7.890.740.000
	b.	Belanja Barang dan Jasa	-	9.042.500.000	9.946.750.000
	c.	Belanja Modal	-	6.040.000.000	6.644.000.000
<b>Total</b>			-	22.255.900.000	24.481.490.000

LAMPIRAN 3

**Uraian Standar Pelayanan Minimal**

**I. Pelayanan gawat Darurat**

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

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

**2. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang Bersertifikat**

Judul	<b>Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis

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

### 3. **Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana**

Judul	<b>Ketersediaan tim penanggulangan bencana</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumahsakit untuk memberikan pelayanan penanggulanga bencana
Definisi Operasion	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumahsakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam dan Kejadian Luar Biasa bida kesehatan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumahsakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawa pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

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

Judul	<b>Jam buka pelayanan Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap

Operasional	memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah hari buka IGD 24 jam dalam sebulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

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

Judul	<b>Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien yang dalam kondisi gawat darurat datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang gawat darurat di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber data	Laporan Respon Time Instalasi Gawat Darurat
Standar	≤ 5 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

### 6. Tidak Adanya Kebutuhan Membayar Uang Muka

Judul	<b>Tidak Adanya Kebutuhan Untuk Membayar Uang Muka</b>
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat

Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumahsakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	Laporan Pembayaran Kasir RS
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

### 7. Kematian Pasien Di IGD

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

### 8. Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan

Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberik kepuasan pelanggan
Definisi Operasion	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga Bulan sekali
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat ya di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 70 \%$
Penanggung jawa pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## II. Pelayanan Rawat jalan.

### 1. Ketersediaan Pelayanan

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

### 2. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis

Judul	<b>Pemberi pelayanan di klinik spesialis</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis.



Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

### 3. Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan

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

### 4. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Judul	<b>Waktu Tunggu Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Akses



Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah jumlah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sesuai jam pelayanan sampai dilayani oleh dokter.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat jalan yang disurvei.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei.
Sumber data	Lembar survey Pasien rawat jalan
Standar	≤60 menit.
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

## 5. Penegakan Diagnosis Tuberculosis

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

## 6. Ketersediaan Pelayanan VCT

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan VCT</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan VCT di rumah sakit untuk pemeriksaan sukarela HIV/AIDS

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

## 7. Pereseapan Obat Sesuai Formularium

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

## 8. Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit

Judul	<b>Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit</b>
-------	---

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

## 9. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey ( <i>minimal n=50</i> )
Sumber data	Survey
Standar	≥90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

### III. PELAYANAN RAWAT INAP

#### 1. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

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

#### 2. Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap

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



### 3. Tempat Tidur Dengan Pengaman

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

### 4. Kamar Mandi Dengan Pengaman

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

## 5. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

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

## 6. Jam Visite Dokter Spesialis

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

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

### 7. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

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

### 8. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh

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



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

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

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

Judul	<b>Pencatatan Dan Pelaporan TB Di Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan, keselamatan
Tujuan	Ketertiban pencatatan dan pelaporan tuberkulosis dalam mendukung epidemiologi tuberkulosis
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah Pencatatan dan pelaporan tuberkulosis yang lengkap dan tepat waktu

Denominator	Jumlah seluruh pencatatan dan pelaporan tb
Sumber data	kam medis pasien
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

### 11. Kejadian Pulang Paksa

Judul	<b>Kejadian Pulang Paksa</b>
Dimensi mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumahsakit
Definisi operasional	pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	≤ 5 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

### 12. Kematian Pasien > 48 Jam

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

### 13. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

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

## IV. BEDAH SENTRAL

### 1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	<b>Waktu tunggu operasi elektif</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanaka
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah



## 2. Kejadian kematian dimeja operasi

Judul	<b>Kejadian kematian dimeja operasi</b>
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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
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	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah

## 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</b>
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	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
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	$\leq 100 \%$

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah
---------------------------------	------------------------

**4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang**

Judul	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah orang</b>
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	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
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	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah

**5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi**

Judul	<b>Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</b>
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	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
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	$\leq 100 \%$

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah
---------------------------------	------------------------

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

Judul	<b>Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tundaan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah

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

Judul	<b>Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube</b>
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 anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan



Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 6 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah

## V. INTENSIF

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

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

### 2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	<b>Pemberi pelayanan unit intensif</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara

Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Intensif

## VI. RADIOLOGI

### 1. Pemberi Pelayanan Radiologi RS Respira Yogyakarta

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

### 2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Radiografi

Judul	<b>Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Radiografi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan radiografi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang radiografi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan radiografi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali