

1



BUPATI BONE BOLANGO
PERATURAN BUPATI BONE BOLANGO
NOMOR 24 TAHUN 2014

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TOTO KABILA
KABUPATEN BONE BOLANGO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BONE BOLANGO,

Menimbang : a. bahwa untuk mengoptimalkan pelayanan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan serta untuk meningkatkan derajat kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah Toto Kabila, perlu menetapkan standar pelayanan minimal untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan untuk menjangkau seluruh lapisan masyarakat;

b. bahwa dengan diterbitkannya Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan Peraturan Meteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah dan serta Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, maka perlu disusun Standar Pelayanan Minimal Bagi Rumah Sakit Umum Daerah yang akan melaksanakan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit Umum Daerah Toto Kabila Kabupaten Bone Bolango;

PARAF HIERARHKIS	
WAKIL BUPATI :	
SEKDA :	
ASISTEN I :	
ASISTEN II :	
DIREKTUR RSUD :	

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Bone Bolango dan Kabupaten Pohuwato di Provinsi Gorontalo (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003

Nomor 26, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4269;

2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 5 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437), sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4844);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000, tentang kewenangan Provinsi sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 45 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3952);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 48 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4502);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 24 Tahun 2005 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 49 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4503);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 140 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4578);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 150 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4585);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 165 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4593);

11. Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 2006 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah (Lembaran Negara Tahun 2006 Nomor 20 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4609) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2008 (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 78 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4855);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Tahun 2006 Nomor 25 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4614);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737);

- Memperhatikan :
1. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2004 Tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah 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;
 3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2007 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
 4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2007 Tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 Tentang Rumah Sakit;
 7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 228/Menkes/SK/III/2002 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan daerah;

8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/11/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TOTO KABILA KABUPATEN BONE BOLANGO

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Bone Bolango.
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah
4. Bupati adalah Bupati Bone Bolango.
5. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Bolango.
6. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Toto Kabila.
7. Direktur adalah Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah Toto Kabila.
8. PPK-BLUD adalah Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
9. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat yang meliputi Pelayanan Medik, Pelayanan Penunjang Medik, Pelayanan Keperawatan, dan Pelayanan Administrasi Manajemen.
10. Standar Pelayanan Minimal atau disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.

11. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
12. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempumaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
13. RBA adalah Rencana Bisnis Anggaran.
14. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standard WHO.
15. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
16. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standard yang telah ditetapkan sebelumnya.
17. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
18. Definisi Operasionai adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
19. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
20. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
21. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
22. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indicator kinerja.
23. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.

24. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan untuk panduan bagi rumah sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit.
- (2) SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

BAB III

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, NILAI, BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu

Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) Rumah Sakit mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan dan peningkatan serta upaya rujukan.
- (2) Jenis pelayanan untuk rumah sakit meliputi:
 1. Pelayanan Gawat Darurat
 2. Pelayanan Rawat Jalan
 3. Pelayanan Rawat Inap
 4. Pelayanan Bedah
 5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi
 6. Pelayanan Intensif
 7. Pelayanan Radiologi
 8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
 9. Pelayanan Rehabilitasi Medik
 10. Pelayanan Farmasi
 11. Pelayanan Gizi
 12. Pelayanan Transfusi Darah
 13. Pelayanan Keluarga Miskin
 14. Pelayanan Rekam Medik

15. Pengelolaan Limbah
16. Pelayanan Administrasi Manajemen
17. Pelayanan Ambulans
18. Pelayanan Pemulasaran Jenazah
19. Pelayanan Laundry
20. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Bagian Kedua

Indikator, Nilai, Batas Waktu

Pencapaian dan Uraian SPM

Pasal 4

Indikator, Nilai, Batas Waktu Pencapaian dan Uraian SPM tercantum dalam lampiran Peraturan Bupati ini.

BAB IV

PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) Rumah Sakit yang menerapkan PPK-BLUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur yang menerapkan PPK-BLUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyetenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB V

PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Direktur menyusun rencana bisnis, anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen Rumah Sakit menyusun rencana bisnis, anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu

Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan Rumah Sakit yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Kepala Daerah melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a. Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
 - b. Penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM.
 - c. Penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
 - d. Pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

Bagian Kedua

Pengawasan

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh pengawas internal.
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur Rumah Sakit.

Pasal 9

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada Pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen Rumah Sakit yang menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

Pasal 10

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagai mana dimaksud Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 dilakukan juga oleh dewan pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.
- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah

organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD

Pasal 11






Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional rumah sakit yang ditetapkan dalam RBA rumah sakit.

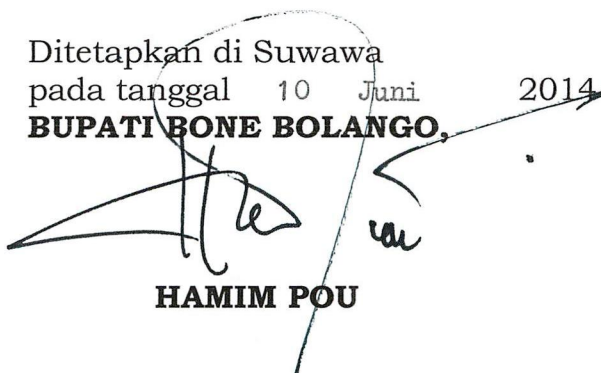
BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

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

PARAF HIERARHKIS	
WAKIL BUPATI :	
SEKDA :	
ASISTEN I :	
ASISTEN II :	
DIREKTUR RSUD :	

Ditetapkan di Suwawa
pada tanggal 10 Juni 2014
BUPATI BONE BOLANGO,

HAMIM POU

Diundangkan di Suwawa
pada tanggal 10 Juni 2014
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BONE BOLANGO,



Drs. SYUKRI J. BOTUTIHE, Msi
PEMBINA UTAMA MADYA
NIP. 19641212 199103 1 011

LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI BONE BOLANGO

NOMOR : 24 TAHUN 2014

TANGGAL : 10 Juni 2014

TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
TOTO KABILA KABUPATEN BONE BOLANGO

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 bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas perayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaran 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. Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf keajahteraan mesyarakat.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal BAB I angka 6 dinyatakan bahwa 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. Dalam angka 7 dinyatakan bahwa Indikator SPM adalah tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk mehgambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi didalam pencapaian suatu SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan. Dalam angka 8 dinyatakan bahwa Pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial ekonomi dan pemerintahan.

Dalam penjelasan pasal 39 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun

2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan standar pelayanan minimal adalah tolak ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Standar pelayanan minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit. Standar pelayanan minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan, target nasional untuk tahun 2007 sampai dengan tahun 2012, cara perhitungan/rumus/pembilangan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja dan sumber data.

C. PENGERTIAN

Umum:

1. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.
2. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif 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 sebagai seberapa besar kesenjangan (gap) antara persepsi pelanggan atas kenyataan pelayanan yang diterima dibandingkan dengan harapan pelanggan atas pelayanan yang seharusnya diterima.
3. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
4. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
5. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi

kuantitatif / kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

6. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
7. Definisi operasional dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
8. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
9. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
10. Pembilang (*numerator*) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
11. Penyebut (*denominator*) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
12. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
13. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

D. PRINSIP PENYUSUNAN DAN PENETAPAN SPM

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

1. Konsensus, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan 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 ataupun kuantitatif.
5. Terbuka, SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat;
6. Terjangkau, SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia.
7. Akuntabel, SPM dapat dipertanggung gugatkan kepada publik.
8. Bertahap, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

E. LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992, tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara.
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara.

4. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
5. Undang-undang Nomor 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional Tahun 2000-2005.
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenanga Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom.
7. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggara Pemerintah Daerah.
8. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2004 tentang Rencana Kerja Pemerintah.
9. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementrian Negara Republik Indonesia sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 62 Tahun 2005.
10. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.
11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah.
12. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pe)ayanan Minimal.
13. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabiiitas Pelayanan Publik.
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 61/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Propinsi, Kabupaten/Kota dan Rumah Sakit.
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 228/MenKes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah.
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 1575/Menkes/SK/II/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal.

BAB II
SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN
MINIMAL RUMAH SAKIT

Sistematika dokumen SPM disusun dalam bentuk :

- Bab I Pendahuluan yang terdiri dari:
- a. Latar Belakang
 - b. Maksud dan tujuan
 - c. Pengertian umum dan khusus
 - d. Landasan Hukum
- Bab II Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- Bab III Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit terdiri dari :
- a. Jenis Pelayanan
 - b. SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar

Penutup

Lampiran



BAB III
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT

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

A. Jenis-Jenis Pelayanan Rumah Sakit

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

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

B. SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar

Adapun Standar Pelayanan Minimal untuk setiap pelayanan, indikator dan standar dapat dilihat pada lampiran 1. Sementara rinciannya dapat dilihat pada lampiran 2.

BAB V

PENUTUP

Standar pelayanan minimal rumah sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah/pemerintah provinsi/pemerintah kabupaten/kota dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian mengingat kondisi masing-masing daerah yang terkait dengan sumber daya yang tidak merata maka diperlukan pentahapan dalam pelaksanaan SPM oleh masing-masing daerah sejak ditetapkan pada tahun 2007 sampai dengan tahun 2012, sesuai dengan kondisi/perkembangan kapasitas daerah. Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

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

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

LAMPIRAN 1

SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

1. SPM PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	5 Tahun
	2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 jam	1 Tahun
	3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/ACLS/PPGD	< 80 %	5 Tahun
	4. Ketersediaan tim penanggu/angan bencana	1 (satu) tim	
	5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	< 5 menit terlayani setelah pasien datang	1 Tahun
	6. Kepuasan pelanggan	> 70 %	1 Tahun
	7. Kematian pasien < 24 jam	< dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	5 Tahun
	8. Khusus untuk RS Jiwa Pasien dapat ditenangkan dalam waktu < 48 jam	100%	5 Tahun
	9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	1 Tahun

2. SPM PELAYANAN INSTALASI RAWAT JALAN

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Rawat Jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	1. Dokter Spesialis 2. PPDS Senior	3 Tahun
	2. Ketersediaan pelayanan	2. a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	1 Tahun
	3. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa	3. a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik d. Gangguan Neurotik e. Mental Retardasi f. Mental Organik g. Usia Lanjut	5 Tahun

	4. Jam buka pelayanan	4. 08.00 s/d 14.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat: 08.00-11.00	1 Tahun
	5. Waktu tunggu di rawat jalan	5. > 60 menit	2 Tahun
	6. Kepuasan pelanggan	6. 90 %	2 Tahun
	7. a. Penegakkan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Teriaksananya kegiatan pencatatan & pelaporan TB diRS	7. a. > 60 % b. > 60 %	1 Tahun

3. SPM PELAYANAN INSTALASI RAWAT INAP

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	1. a. dr. Spesialis + PPDS Senior b. Dokter umum c. Perawat Minimal Pendidikan D3	1 Tahun
	2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	2. 100%	1 Tahun
	3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	3. a. Anak b. Penyakit dalam c. Kebidanan d. Bedah e. Kulit Kelamin f. Urologi	1 Tahun
	4. Jam visite Dokter Spesialis	4. 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	3 Tahun
	5. Kejadian infeksi pasca operasi	5. $\leq 1,5$ %	5 Tahun
	6. Kejadian infeksi nosokomial	6. ≤ 1.5 %	5 Tahun
	7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian	7. 100 %	1 Tahun
	8. Kematian pasien > 48	8. $\leq 0,24$ %	5 Tahun
	9. Kejadian pulang paksa	9. ≤ 5 %	5 Tahun
	10. Kepuasan pelanggan	10. ≥ 80 %	3 Tahun
	11. Rawat inap TB : a. Penegakkan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	11. a. 100 % b. 100%	3 Tahun
	12. ketersediaan pelayanan rawat inap di RS yang	12. NAPZA, Gangguan	5 Tahun

	memberikan pelayanan jiwa	psikotik, gangguan nerotik, gangguan mental organic	
	13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	13. 100%	5 Tahun
	14. Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu < 1 bulan	14. 100%	5 Tahun
	15. Lama hari perawatan pasien gangguab jiwa	15. ≤6 minggu	5 Tahun

4. SPM PELAYANAN INSTALASI BEDAH SENTRAL

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Bedah Sentral (bedah saja)	1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1 Tahun
	2. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	1 Tahun
	3. Tidak hanya kejadian operasi salah sisi	100 %	1 Tahun
	4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	1 Tahun
	5. Tidak hanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	1 Tahun
	6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing / lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	1 Tahun
	7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotrache	≤ 6 %	1 Tahun

5. SPM PELAYANAN INSTALASI BEDAH SENTRAL

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Persalinan dan perinatologi (kecuali RS khusus di luar RS Ibu & Anak)	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	1. a. perdarahan < 1 % b. Pre-eklampsia < 30 % c. Sepsis < 0,2 %	1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
	2. Pemberi pelayanan persalinan normal	2. a. Dokter Sp. OG b. PPDS Senior c. Bidan	1 Tahun
	3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3. Dokter Spesialis Obsgin	2 Tahun
	4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4. a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An d. PPDS Senior	1 Tahun
	5. kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr	5. 100%	4 Tahun

	6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	6. Maksimai 20 %	2 Tahun
	7. Keluarga Berencana : a. Presentase KB (vasektomi & Tubektomf) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp.OG, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dokter umum terlatih b. presentasi peserta KB mantap oleh bidan terlatih	7. a. 70 % b. 20 %	1 Tahun
	8. Kepuasan pelanggan	8. > 80 %	2 Tahun

6. SPM PELAYANAN INTENSIF

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan infensif dengan kasus yang sama < 72 jam	1. 30 %	5 Tahun
	2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	2. a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesiatis sesuai dengan kasus yang ditangani b. PPDS Senior c. 100 % perawat minimal D 3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/setara (D4)	5 Tahun 5 Tahun

7. SPM PELAYANAN INSTALASI BEDAH SENTRAL

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Persalinan dan perinatology (kecuali RS khusus di luar RS Ibu & Anak)	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	1. a. perdarahan < 1 % b. Pre-eklampsia < 30 % c. Sepsis < 0,2 %	3 Tahun
	2. Pemberi pelayanan persalinan normal	2. a. Dokter Sp.OG b. PPDS Senior c. Bidan	
	3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3. Dokter Spesialis Obsgin	
	4. Pemberi pelayanan	4. a. Dokter Sp.OG	

	persalinan dengan tindakan operasi	b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp. An d. PPDS Senior	
	5. kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr	5. 100%	3 Tahun
	6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	6. Maksimal 20 %	3 Tahun
	7. Keluarga Berencana : a. Presentase KB (vasektomi & Tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp. OG, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dokter umum terlatih b. preseniasi peserta KB mantap oleh bidan terlatih	7. a. 70 % b. 20 %	3 Tahun
	8. Kepuasan pelanggan	8. > 80 %	3 Tahun

8. SPM PELAYANAN RADIOLOGI

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax	1. < 1 jam	1 Tahun
	2. Pelaksana ekspetisi	2. Dokter Sp. Radiologi + PPDS Senior	5 Tahun
	3. Kejadian kegagalan peayanan Rontgen	3. Kerusakan foto <2 %	4 Tahun
	4. Kepuasan pelanggan	4. >80 %	3 Tahun

9. SPM PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Lab. Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium a. Pasien Rawat Inap b. Pasien Rawat Inap (cito) c. Pasien rawat jalan	1. Hasil dikirim pukul 14.00 WITA - Pemeriksaan kimia: hasil selesai 2 jam setelah pengambilan darah - Pemeriksaan darah rutin : hasil selesai 1/2 jam setelah pengambilanda rah - Pemeriksaan LED : hasil	4 Tahun

		selesai 1 $\frac{1}{4}$ jam setelah pengambilan darah - Pemeriksaan urin: hasil selesai 1 jam setelah pengiriman sampel - Pasien datang di bawah pukul 11.00 WITA hasil pukul 11.30 WITA - Pasien datang di atas pukul 11.00 WITA hasil besok pagi	
	2. Pelaksana ekspertisi	2. Dokter spesialis patologi klinik	
	3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	3. 100%	1 Tahun
	4. Kepuasan pelanggan	4. $\geq 80\%$	1 Tahun
	5. Kalibrasi alat laboratorium tepat waktu	5. 100 %	1 Tahun
	6. Kegiatan kegagalan pelayanan laboratorium	6. 0,5 %	1 Tahun

10. SPM PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medic yang direncanakan	1. $\geq 50\%$	5 Tahun
	2. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksanaan laboratorium	2. 100 %	5 Tahun
	3. Kepuasan pelanggan	3. $\geq 80\%$	3 Tahun

11. SPM FARMASI

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan	1. a. < 10 menit b. < 30 menit	1 Tahun 1 Tahun
	2. Tidak adanya kejadian kesalahan	2. 100 %	1 Tahun
	3. Kepuasan pelanggan	3. $\geq 80\%$	2 Tahun

	4. Penulisan resep sesuai formulation	4. 100 %	1 Tahun
--	---------------------------------------	----------	---------

12. SPM GIZI

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1. > 95 %	1 Tahun
	2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	2. ≤ 20 %	2 Tahun
	3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	3. 100 %	1 Tahun

13. SPM TRANSFUSI DARAH

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Transfusi darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan	1. 100 %	5 Tahun
	2. Kejadian reaksi transfusi	2. <0,01 %	1 Tahun

14. SPM PELAYANAN KELUARGA MISKIN (GAKIN)

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	1 Tahun

15. SPM PELAYANAN REKAM MEDIK

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian Rekam medic 24 jam setelah selesai pelayanan	1. 100 %	1 Tahun
	2. Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	2. 100 %	1 Tahun
	3. Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap	3. < 8 menit %	1 Tahun
	4. Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap	4. < 10 menit	2 Tahun

16. SPM PENGELOLAAN LIMBAH

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair	1. a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/L d. PH 6-9	4 Tahun

	2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai aturan	2 . 100 %	1 Tahun
--	---	-----------	---------

17. SPM PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANEJEMEN

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	1. 100%	3 Tahun
	2. Kelengkapan laporan akuntabilitas	2. 100 %	3 Tahun
	3. Ketetapan waktu pengusulan kenaikan pangkat	3. 100 %	1 Tahun
	4. Ketetapan waktu pengurusan gaji berkala	4. 100 %	1 Tahun
	5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	5. ≥ 30 %	5 Tahun
	6. Cost recovery	6. ≥ 40 %	2 Tahun
	7. Ketepatan waktu	7. 100 %	1 Tahun
	8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	8. ≤ 2 jam	1 Tahun
	9. Ketetapan waktu pemberian (insentif) sesuai kesepakatan waktu	9. 100 %	1 Tahun

18. SPM PELAYANAN AMBULANCE/KERETA JENAZAH

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Ambulance/ kereta jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance /kereta jenazah	1. 100%	1 Tahun
	2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ ereta jenazah di RS	2. 100 %	3 Tahun
	3. Reponse time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	3. 100 %	1 Tahun

19. SPM PEMULASARAAN JENAZAH

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Pemulasaraan jenazah	Waktu tanggap (response time)	< 2 jam	1 Tahun

20. SPM PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RS

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Pelayanan Pemeliharaan sarana RS	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	1. < 80 %	5 Tahun
	2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	2. 100 %	5 Tahun
	3. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan	3. 100 %	5 Tahun

21. SPM PELAYANAN LAUNDRY

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	1. 100 %	1 Tahun
	2. Ketetapan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	2. 100 %	1 Tahun

22. SPM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN (PPI)

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
Pencegahan dan pengendalian (PPI)	1. Angka kejadian infeksi nosokomial	1. 1,5 %	
	2. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	2. > 75 %	5 Tahun
	3. Ketersediaan APD di setiap instalasi /departemen	3. 100 %	4 Tahun
	4. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial /HAL (health care associated infections) di RS (minimum 1 parameter)	4. 100 %	2 Tahun

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. KEMAMPUAN MENANGANI LIFESAVING ANAK DAN DEWASA

JUDUL	KEMAMPUAN MENANGANI LIFE SAVING DI GAWAT DARURAT
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. JAM BUKA PELAYANAN GAWAT DARURAT

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

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	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan

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

4. KETERSEDIAAN TIM PENANGGULANAGAN BENCANA

JUDUL	KETERSEDIAAN TIM PENANGGULANAGAN BENCANA
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan jDenanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

5. WAKTU TANGGAP PELAYANAN DOKTER DI GAWAT DARURAT

JUDUL	WAKTU TANGGAP PELAYANAN DOKTER DI GAWAT DARURAT
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali

Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n = 50)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab 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 di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n = 50)
Sumber Data	Survey
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. PASIEN JIWA YANG DAPAT DITENANGKAN DAIAM WAKTU \leq 48 JAM
(KHUSUS UNTUK RUMAH SAKIT DENGAN PELAYANAN JIWA)

JUDUL	PASIEN JIWA YANG DAPAT DITENANGKAN DALAM WAKTU \leq 48 JAM
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa daiam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa
Definisi Operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat .Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

9. TIDAK ADANYA KEHARUSAN UNTUK MEMBAYAR UANG MUKA

JUDUL	TIDAK ADANYA KEHARUSAN UNTUK MEMBAYAR UANG MUKA
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan gertolongan 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	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. PEMBERI PELAYANAN DI KLINIK SPESIALIS

JUDUL	PEMBERI PELAYANAN DI KLINIK SPESIALIS
Dimensi Mutu	Kompetensi tennis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Defnisi 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 sefuruh 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 jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dan rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Anaiisa	3 bulan
Numerator	Jenis -jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

3. KETERSEDIAAN PELAYANAN RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT JiWA

JUDUL	KETERSEDIAAN PELAYANAN RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT JiWA
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialisik yang dilaksanakan di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	4 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis -jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

4. BUKA PELAYANAN SESUAI KETENTUAN

JUDUL	BUKA PELAYANAN SESUAI KETENTUAN
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialisik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialisik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialisik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

5. WAKTU TUNGGU DI RAWAT JALAN

JUDUL	WAKTU TUNGGU DI RAWAT JALAN
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialisik 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 rawatjalan yang disurvei
Sumber Data	Survey Pasien rawat jaian
Standar	60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

6. KEPUASAN PELANGGAN PADA RAWAT JALAN

JUDUL	KEPUASAN PELANGGAN PADA RAWAT JALAN
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawatjalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap buian
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 /tim mutu/panitia mutu

7. PASIEN RAWAT JALAN TUBERKULOSIS YANG DITANGANI DENGAN STRATEGI DOTS

JUDUL	PASIEN RAWAT JALAN TUBERKULOSIS YANG DITANGANI DENGAN STRATEGI DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasein tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis 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 paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. PEMBERI PELAYANAN RAWAT INAP

JUDUL	PEMBERI PELAYANAN RAWAT INAP
Dimensi Mutu	Kompetenst tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi peayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal 03)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

2. DOKTER PENANGGUNG JAWATA PASIEN RAWAT INAP

JUDUL	DOKTER PENANGGUNG JAWAB PASIEN RAWAT INAP
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan

	peayanan 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 (nstafasi rawat inap'

3. KETERSEDIAAN PELAYANAN RAWAT INAP

JUDUL	KETERSEDIAAN PELAYANAN RAWAT INAP
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis peayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Peayanan rawat inap adalah peayanan rumah sakit yang diberikan tirah baringdi rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis - jenis peayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
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 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	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

5. KEJADIAN PASKA 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 Date	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, phlebitis, 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	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

7. TIDAK ADANYA KEJADIAN PASIEN JATUH YANG BERAKIBAT KECACATAN/KEMATIAN

JUDUL	TIDAK ADANYA KEJADIAN PASIEN JATUH YANG BERAKIBAT KECACATAN/KEMATIAN
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
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	2 0,24% s 2,4/1000 (internasional) (NDR< 25/1000, Indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

9. KEJADIAN PULANG PAKSA

JUDUL	KEJADIAN PULANG PAKSA
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan

	pasien atau keluarga pasien sebeium diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
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
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	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 pasein tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis hams melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan	Tiap tiga bulan

Data	
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis 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

12. KETERSEDIAAN PELAYANAN RAWAT DI RUMAH SAKIT YANG MEMBERIKAN PELAYANAN JIWA

JUDUL	KETERSEDIAAN PELAYANAN RAWAT DI RUMAH SAKIT YANG MEMBERIKAN PELAYANAN JIWA
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis - jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

13. TIDAK ADANYA KEMATIAN PASIEN GANGGUAN JIWA KARENA BUNUH DIRI

JUDUL	TIDAK ADANYA KEMATIAN PASIEN GANGGUAN JIWA KARENA BUNUH DIRI
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan

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

14. KEJADIAN (RE-ADMISION) PASIEN GANGGUAN JIWA TIDAK KEMBALI DALAM PERAWATAN DALAM WAKTU \leq 1 BULAN

JUDUL	KEJADIAN (RE-ADMISION) PASIEN GANGGUAN JIWA TIDAK KEMBALI DALAM PERAWATAN DALAM WAKTU \leq 1 BULAN
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu \leq 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/ mutu

15. LAMA HARI PERAWATAN PASIEN GANGGUAN JIWA

JUDUL	LAMA HARI PERAWATAN PASIEN GANGGUAN JIWA
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam medis
Standar	\leq 6 minggu
Penanggung jawab	Komite medik/ mutu

IV. BEDAH SENTRAL

1. WAKTU TUNGGU OPERASI ELEKTIF

JUDUL	WAKTU TUNGGU OPERASI ELEKTIF
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Ketua instansi 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	
Penanggung jawab	Kepala instansi 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 instansi 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 Pengumpulan data	Kepala instansi 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	5 100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

5. TIDAK ADANYA KEJADIAN SALAH TINDAKAN PADA OPERASI

JUDUL	TIDAK ADANYA KEJADIAN SALAH TINDAKAN PADA OPERASI
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya 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 Pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

6. TIDAK ADANYA KEJADIAN TERTINGGALNYA BENDA ASING PADA TUBUH PASIEN SETELAH OPERASI

JUDUL	TIDAK ADANYA KEJADIAN TERTINGGALNYA BENDA ASING PADA TUBUH PASIEN SETELAH OPERASI
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

7. KOMPLIKASI ENDOTRACHEAL ANASTESI KARENA OVER DOSIS, REAKSI ANASTESI DAN SALAH PENEMPATAN TUBE

JUDUL	KOMPLIKASI ANASTESI KARENA OVER DOSIS, REAKSI ANASTESI 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 lain karena over dosis, reaksi anastesi dan saiah penempatan endotracheal tube.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami kompiikasianastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT 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 persalinan.
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persa/inan dan nifas. Pre-ekiamsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati - Oedem tungkai <p>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.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Sumber Data	Rekam medis rum ah saK'it
Standar	Pendarahan ≤ 1% pre-ekiamsia ≤ 30%, sepsis

	≤ 0,2%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite medik

2. PEMBERI PELAYANAN PERSALINAN NORMAL

JUDUL	PEMBERI PELAYANAN PERSALINAN NORMAL
Dimensi Mutu	Kompetensiteknis
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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Komite mutu

3. PEMBERI PELAYANAN PERSALINAN DENGAN PENYULIT

JUDUL	PEMBERI PELAYANAN PERSALINAN DENGAN PENYULIT
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Komite mutu

4. PEMBERI PELAYANAN PERSALINAN DENGAN TINDAKAN OPERASI

JUDUL	PEMBERI PELAYANAN PERSALINAN DENGAN TINDAKAN OPERASI
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
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 medis
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 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 100%
Penanggung jawab	Komite mutu

7a. KELUARGA BERENCANA

JUDUL	KELUARGA BERENCANA MANTAP
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

7b. KONSELING KB MANTAP

JUDUL	KELUARGA BERENCANA MANTAP
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Pelayanan Medik

8. KEPUASAN PELANGGAN

JUDUL	KEPUASAN PELANGGAN
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu

	elayanan 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	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	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 medis
Standar	<3%
Penanggung jawab	Komite mudik/mutu

2. PEMBERI PELAYANAN UNIT INTENSIF

JUDUL	PEMBERI PELAYANAN UNIT INTENSIF
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sert'ifikat 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	Komite medik/mutu

VII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN LABORATORIUM

JUDUL	WAKTU TUNGGU HASIL PELAYANAN LABORATORIUM
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode 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	Survey
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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

VIII. 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 rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Oefinisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Per/ode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 50%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi 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 rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
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 penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

IX. FARMASI

1 a. WAKTU TUNGGU PELAYANAN OBAT JADI

JUDUL	WAKTU TUNGGU PELAYANAN OBAT JADI
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien merv/erahkan 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 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

b. WAKTU TUNGGU PELAYANAN OBAT RACIKAN

JUDUL	WAKTU TUNGGU PELAYANAN OBAT RACIKAN
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	≤60 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2. TIDAK ADANYA KEJADIAN KESALAHAN PEMBERIAN OBAT

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

3. KEPUASAN PELANGGAN

JUDUL	KEPUASAN PELANGGAN
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei {n minimal 50}
Sumber Data	Survey
Standar	>80%

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi
-----------------------------------	--------------------------

4. PENULISAN RESEP SESUAI FORMULARIUM

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

X. GIZI

1. KETEPATAN WAKTU PEMBERIAN MAKANAN KEPADA PASIEN

JUDUL	KETEPATAN WAKTU PEMBERIAN MAKANAN KEPADA PASIEN
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penvediaan makanan, pada pasien sesuai dengan iadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	>90%
Penanggung jawab Pengumpulan data	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	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi

	pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	>20%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepaia Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3. TIDAK ADANYA KESALAHAN DALAM PEMBERIAN DIET

JUDUL	TIDAK ADANYA KESALAHAN DALAM PEMBERIAN DIET
Dimensi Mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepaia Instaiasi Rawat Inap

XI. TRANSFUSI DARAH

1. PEMENUHAN KEBUTUHAN DARAH BAGI SETIAP PELAYANAN TRANSFUSI

JUDUL	PEMENUHAN KEBUTUHAN DARAH BAGI SETIAP PELAYANAN TRANSFUSI
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%

Penanggung jawab Pengumpulan data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah
-----------------------------------	--

2. KEJADIAN REAKSI TRANSFUSI

JUDUL	KEJADIAN REAKSI TRANSFUSI
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	<0,01%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala UTD

XII. 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 Keiuarqa Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu buian
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu buian.
Sumber Data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Direktur Rumah Sakit

2. WAKTU PENYEDIAAN DOKUMEN REKAPAN MEDIK PELAYANAN RAWAT INAP

JUDUL	WAKTU PENYEDIAAN DOKUMEN REKAM MEDIK PELAYANAN RAWAT INAP
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medis

XIII. PENGOLAHAN LIMBAH

1. BAKU MUTU LIMBAH CAIR

JUDUL	BAKU MUTU LIMBAH CAIR
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator: BOD (Biological Oxygen Demand): 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH: 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
Sumber Data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala IPRS

2. PENGOLAHAN LIMBAH PADAT BERBAHAYA SESUAI DENGAN ATURAN

JUDUL	PENGOLAHAN LIMBAH PADAT BERBAHAYA SESUAI DENGAN ATURAN
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah timbah padat yang diketola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

XIV. 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 /anjut 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 jjerjasama/ ahan pada bidang mas/ng-masing
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur rumah sakit

2. KETENGGKAPAN 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 kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur

3. KETEPATAN WAKTU PENGUSULAN KENAIKAN PANGKAT

JUDUL	KETEPATAN WAKTU PENGUSULAN KENAIKAN PANGKAT
Dimensi mutu	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	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan 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	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya 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 Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

5. KARYAWAN YANG MENDAPAT PELATIHAN MINIMAL 20 JAM PERTAHUN

JUDUL	KARYAWAN YANG MENDAPAT PELATIHAN MINIMAL 20 JAM PERTAHUN
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam pertahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>60%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

6. COST RECOVERY

JUDUL	COST RECOVERY
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam

	periode waktu tertentu.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	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 Pengumpulan data	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 Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	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 boteh pulang olen dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oieh pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan

Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Bagian Keuangan

9. KETEPATAN WAKTU PEMBERIAN IMBALAN (INSENTIF) SESUAI KESEPAKATAN WAKTU

JUDUL	KETEPATAN WAKTU PEMBERIAN IMBALAN (INSENTIF) SESUAI KESEPAKATAN WAKTU
Dimensi Mutu	Efektivitas,
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan.
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisa	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber Data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Bagian Keuangan

XV. 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 keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keuarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	24 jam

Penanggung jawab Pengumpulan data	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah
-----------------------------------	--

2. KECEPATAN MEMBERIKAN PELAYANAN AMBULANCE/KERETA JENAZAH DI RS

JUDUL	KECEPATAN MEMBERIKAN PELAYANAN AMBULANCE/KERETA JENAZAH DI RUMAH SAKIT
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan RS dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di RS sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 buian
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam 1 bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah dalam 1 bulan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

XVI. PEMULASARAAN JENAZAH

1. WAKTU TANGGAP PEIAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH

JUDUL	WAKTU TANGGAP PEIAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi Operasional	Waktu tanggap peiayanan pemulasaraan ienazah adalah waktu ya^g dibutuhkan muiai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu peiayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

XVII. PELAYANAN PEMEUIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. KECEPATAN WAKTU MENANGGAPI KERUSAKAN ALAT

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

2. KETEPATAN WAKTU PEMELIHARAAN ALAT

JUDUL	KETEPATAN WAKTU PEMELIHARAAN ALAT
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah aiat 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 Pengumpulan data	Kepala IPRS

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 Analisa	1 tahun
Numerator	Jum/ah seluruh alat /aboratorium yang dikal/brasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

XVIII. PELAYANAN LAUNDRY

1. TIDAK ADANYA KEJADIAN LINEN YANG HILANG

JUDUL	TIDAK ADANYA KEJADIAN LINEN YANG HILANG
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya penendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah (inen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	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 efektifitas
Tujuan	Tergambarnya penendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah

	ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketertuan 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

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. KECEPATAN WAKTU MENANGGAPI KERUSAKAN ALAT

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

2. KETEPATAN WAKTU PEMELIHARAAN ALAT

JUDUL	KETEPATAN-WAKTU PEMELIHARAAN ALAT
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan

	service)Jepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber Data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala IPRS

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 Fastlitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

XX. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. TIM PPI

JUDUL	TERSEDINYA ANGGOTA TIM PPI YANG TERLATIH
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	Avdath anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pefatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 bulan
Periode Analisa	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite PPI

2. KOORDINASI APD

JUDUL	TERSEDIANYA APD (ALAT PELINDUNG DIRI)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianva APD di setiap instalasi RS
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber Data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpulan data	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 (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)_
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Tim PPI RS

Keterangan :

- ILO : Infeksi Luka Operasi
- ILI : Infeksi Luka Infus
- VAP : Ventilator Associated Pneumonia
- ISK : Infeksi Saluran Kemih

**MASUKAN TENTANG PENATALAKSANAAN
TUBERCULOSIS (TB) DI RS**

NO	JENIS PELAYANAN/INDIKATOR		STANDAR
1.	Rawat Jalan	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	60%
2.	Rawat Inap	c. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%
		d. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	60%

A. RAWAT JALAN

1. KEGIATAN PENEGAKAN DIAGNOSIS TUBERCULOSIS (TB)

JUDUL	PENEGAKAN DIAGNOSIS TB MELALUI PEMERIKSAAN MIKROSKOPIS TB
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. KEGIATAN PENCATATAN DAN PELAPORAN (TB) di RS

JUDUL	TERLAKSANYA KEGIATAN PENCATATAN DAN PELAPORAN (TB) DI RS
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

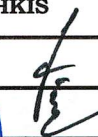




B. RAWAT INAP

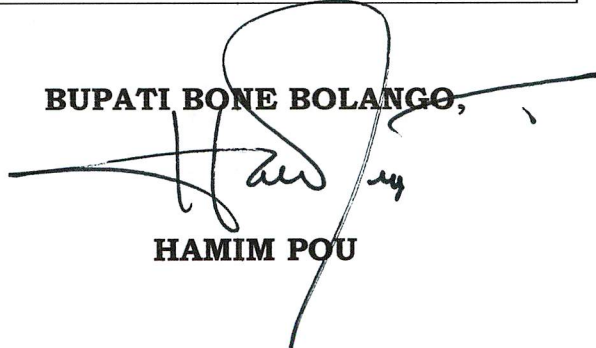
1. KEGIATAN PENEGAKAN DIAGNOSIS TUBERCULOSIS (TB)

JUDUL	PENEGAKAN KEGIATAN TB MELALUI PEMERIKSAAN MIKROSKOPIS TB
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti T melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat inap

2. KEGIATAN DAN PELAPORAN TUBERCULOSIS (TB) DI RS

JUDUL	TERLAKSANANYA KEGIATAN PENCATATAN DAN PELAPORAN TUBERCULOSIS(TB) DI RS
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan Pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seiuruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

PARAF HIERARHKIS	
WAKIL BUPATI :	
SEKDA :	
ASISTEN I :	
ASISTEN II :	
DIREKTUR RSUD :	

BUPATI BONE BOLANGO,

HAMIM POU