



**BUPATI MEMPAWAH
PROVINSI KALIMANTAN BARAT**

PERATURAN BUPATI MEMPAWAH
NOMOR 27 TAHUN 2016

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER RUBINI MEMPAWAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI MEMPAWAH,

- Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan salah satu urusan pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah. Hal ini berarti Pemerintah Daerah bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayahnya;
- b. bahwa Rumah Sakit merupakan salah satu sarana kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk selalu memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan serta dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- c. bahwa dengan telah ditetapkannya Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum serta Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, maka perlu ditindaklanjuti dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Rubini Mempawah yang akan menerapkan Pola Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c diatas maka perlu menetapkan Peraturan Bupati Mempawah tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Rubini Mempawah

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 352) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
5. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5678);
7. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);

9. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
10. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
12. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2006 tentang Persyaratan Administratif Dalam Rangka Pengusulan Dan Penetapan Satuan Kerja Instansi Pemerintah Untuk Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
13. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2006 tentang Kewenangan Pengadaan Barang/Jasa Pada Badan Layanan Umum;
14. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2006 tentang Pembentukan Dewan Pengawas Pada Badan Layanan Umum;
15. Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2006 tentang Pedoman Penetapan Remunerasi Bagi Pejabat Pengelolaan, Dewan Pengawas dan Pegawai Badan Layanan Umum;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Petunjuk Teknis Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;

19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
21. Peraturan Daerah Kabupaten Pontianak Nomor 1 Tahun 2010 tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Pontianak (Lembaran Daerah Tahun 2010 Nomor 1);
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
23. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER RUBINI MEMPAWAH

BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Daerah Kabupaten Mempawah.
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 Kepala Daerah sebagai unsur Penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Rubini Mempawah Kabupaten Mempawah yang selanjutnya disebut RSUD dr. Rubini Mempawah.

5. Dewan Pengawas adalah Dewan Pengawas Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Rubini Mempawah.
6. SPI adalah Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Rubini Mempawah.
7. Rencana Bisnis Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah Dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran suatu satker Badan Layanan Umum.
8. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD dr. Rubini Mempawah kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan, pengabdian masyarakat dan pelayanan administrasi.
9. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD dr. Rubini Mempawah kepada masyarakat.
10. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh RSUD dr. Rubini Mempawah kepada masyarakat.
11. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
12. 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 dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
13. Indikator Standar Pelayanan Minimal adalah tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan/atau manfaat pelayanan.
14. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan atau ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan dapat dicapai.
15. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
16. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.

17. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
18. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
19. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
20. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan untuk bisa dicapai.
21. 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) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan sebagai panduan bagi RSUD dr. Rubini Mempawah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan, dan pertanggung jawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI),
BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN
MINIMAL

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan
Pasal 3

- (1) RSUD dr. Rubini Mempawah mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (2) Semua jenis pelayanan RSUD dr. Rubini Mempawah harus mematuhi Standar Pelayanan Minimal
- (3) Jenis pelayanan RSUD dr. Rubini Mempawah meliputi :
 1. Pelayanan Gawat Darurat;
 2. Pelayanan Rawat Jalan;
 3. Pelayanan Rawat Inap;
 4. Pelayanan Pasien Miskin
 5. Pelayanan Kamar Operasi/Bedah Sentral;
 6. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;

7. Pelayanan Intensif;
8. Pelayanan Radiologi;
9. Pelayanan Laboratorium;
10. Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
11. Pelayanan Farmasi;
12. Pelayanan Rekam Medik
13. Pelayanan Gizi;
14. Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
15. Pelayanan Transfusi Darah;
16. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
17. Pelayanan Pengolahan Limbah/Sanitasi;
18. Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah;
19. Pelayanan Pemulasan Jenazah;
20. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
21. Pelayanan Laundry.

Bagian Kedua
Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

Jenis pelayanan, Indikator, Standar (Nilai), Uraian, Rencana Pencapaian SPM, Hambatan Pencapaian SPM, Program Pencapaian SPM, Rencana Strategis dan Penganggaran SPM, Monitoring, Pembinaan, dan Pengawasan Pelaksanaan SPM, serta Pengukuran Capaian Kinerja dan Evaluasi Kinerja tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan ini.

BAB IV
PERENCANAAN, PELAKSANAAN, DAN PELAPORAN SPM

Bagian Kesatu
Perencanaan
Pasal 5

- (1) Direktur RSUD bertanggung jawab menyusun perencanaan pencapaian SPM.
- (2) Dalam menyusun perencanaan pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Direktur RSUD melibatkan pejabat struktural dan fungsional.
- (3) Perencanaan pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan ini.

Bagian Kedua
Pelaksanaan
Pasal 6

- (1) Direktur atau Pimpinan RSUD dr. Rubini Mempawah bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam peraturan Bupati ini.

- (2) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Bagian Ketiga
Pelaporan
Pasal 7

- (1) Direktur RSUD dr. Rubini Mempawah wajib menyampaikan laporan hasil pencapaian target/kinerja penerapan SPM kepada Bupati.
- (2) Atas laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bupati menyampaikan hasil pencapaian target/kinerja penerapan SPM kepada Gubernur.
- (3) Pengukuran pencapaian SPM dan Evaluasi Pelaksanaan SPM tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan ini.

BAB V
MONITORING PEMBINAAN DAN PENGAWASAN
Pasal 8

- (1) Bupati melakukan monitoring, pembinaan, dan pengawasan atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai dengan SPM.
- (2) Penyelenggaraan monitoring, pembinaan, dan pengawasan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan ini.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 9

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Diundangkan di Mempawah
pada tanggal 29-9-2016
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN MEMPAWAH


MOCHRIZAL
BERITA DAERAH KABUPATEN MEMPAWAH
TAHUN 2016 NOMOR 27

Ditetapkan di Mempawah
pada tanggal 29-9-2016

BUPATI MEMPAWAH,


RIA NORSAN

LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI MEMPAWAH
NOMOR : 27 TAHUN 2016
TANGGAL : 29-9-2016
TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DOKTER RUBINI MEMPAWAH

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH DOKTER RUBINI MEMPAWAH

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pemerintah wajib dan bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan amanat Pasal 28 H, ayat (1) Perubahan Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam pasal 34 ayat (3) dinyatakan Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di Rumah Sakit. 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 kesejahteraan masyarakat.

Pemerintah memfasilitasi hal tersebut dengan diterbitkannya Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan diterbitkannya Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum. Dengan aturan tersebut rumah sakit dapat menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD yaitu suatu pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.

Salah satu persyaratan yang harus dipenuhi rumah sakit untuk berubah status menjadi BLUD adalah persyaratan administratif berupa :

1. Surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan, dan manfaat bagi masyarakat.
2. Pola tata kelola.
3. Rencana strategis bisnis;
4. Standar pelayanan minimal;
5. Laporan keuangan pokok atau prognosa/proyeksi laporan keuangan; dan
6. Laporan audit terakhir atau pernyataan bersedia untuk diaudit secara independen.

RSUD dr. Rubini Mempawah sebagai satuan kerja di lingkungan Pemerintah Kabupaten Mempawah yang memiliki tugas dan fungsi memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, akan memenuhi persyaratan sebagaimana yang ditetapkan dalam Permendagri Nomor 61 Tahun 2007 tersebut di atas untuk menjadi Badan Layanan Umum Daerah.

Salah satu persyaratan administratif yang harus dipenuhi adalah disusunnya **Standar Pelayanan Minimal (SPM)** yaitu suatu ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. SPM juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh badan layanan umum kepada masyarakat.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dimaksud 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 dan satuan, rujukan, target nasional yang harus dicapai, cara perhitungan rumus pembilang dan penyebut/standar satuan pencapaian kinerja dan sumber data. Lebih jauh, SPM ini diharapkan dapat :

1. Meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
2. Menjamin hak masyarakat untuk menerima setiap jenis layanan yang disediakan setiap unit pelayanan yang ada pada RSUD dr. Rubini Mempawah sesuai standar mutu yang telah ditetapkan.
3. Menjadi salah satu dasar penentuan kebutuhan pembiayaan.
4. Meningkatkan akuntabilitas kinerja RSUD dr. Rubini Mempawah.
5. Menjadi panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal rumah sakit.

C. PENGERTIAN

Menurut Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 tahun 2007, Standar Pelayanan Minimal adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh BLUD kepada masyarakat. Sedangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008, SPM didefinisikan sebagai ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh Setiap warga secara minimal. SPM juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimal yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.

Dalam menyusun dan menetapkan SPM, RSUD dr. Rubini Mempawah memperhatikan prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. **Konsensus**, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen yang terkait.
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 dipertanggungjawabkan kepada publik.
8. **Bertahap**, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

Disamping itu, SPM yang ditetapkan oleh RSUD dr. Rubini Mempawah harus memenuhi persyaratan:

1. **Fokus pada jenis pelayanan**, mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi BLUD;
2. **Terukur**, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan;
3. **Dapat dicapai**, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya;
4. **Relevan dan dapat diandalkan**, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi BLUD; dan
5. **Tepat waktu**, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

D. LANDASAN HUKUM

Penyusunan SPM ini mengacu kepada peraturan perundang-undangan yang berlaku termasuk aturan internal rumah sakit. Beberapa peraturan yang menjadi landasan hukum penyusunan SPM ini adalah sebagai berikut:

1. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.
4. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah.
5. PP No. 65 tahun 2005 tanggal 28 Desember 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal.
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah, terakhir diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2010 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal.
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal.
10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor. 129/Menkes/SK/II/2008 tanggal 6 Februari 2008 tentang, Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
11. Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor: 900/2759/SJ tanggal 10 September 2008 perihal Pedoman Penilaian Penerapan PPK-BLUD.

E. SISTEMATIKA PENYAJIAN

Sistematika penyajian SPM ini adalah sebagai berikut :

- **BAB I PENDAHULUAN** : memuat latar belakang dan tujuan dibuatnya SPM RSUD dr. Rubini Mempawah. Selain itu, di bagian ini juga dimuat tentang pengertian dan landasan hukum, Metodologi Penyusunan, Sistematika Penyajian Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang diharapkan dapat membantu pengguna dalam memahami SPM RSUD dr. Rubini Mempawah.
- **BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL** : membahas tentang Jenis Pelayanan dan SPM RSUD dr. Rubini Mempawah.
- **BAB III RENCANA PENCAPAIAN SPM** : menguraikan tentang rencana langkah-langkah kerja dan program dalam pencapaian target SPM RSUD dr. Rubini Mempawah.
- **BAB IV SISTEM AKUNTABILITAS KINERJA** : membahas tentang monitoring dan pengawasan pelaksanaan SPM, serta pengukuran capaian kinerja dan evaluasi kinerja RSUD dr. Rubini Mempawah.
- **BAB V : PENUTUP**

F. METODOLOGI PENYUSUNAN

Metodologi yang digunakan dalam penyusunan SPM meliputi 2 (dua) metode yaitu:

1. Studi literatur (*desk research*), dilakukan dengan melakukan kajian terhadap ketentuan perundangan dan dokumen-dokumen yang meliputi: ketentuan perundangan yang terkait dengan SPM rumah sakit dan dokumen-dokumen yang tersedia di RSUD dr. Rubini Mempawah yang ada kaitannya dengan SPM.
2. Melakukan wawancara dan menyebarkan formulir-formulir untuk pengumpulan data.

BAB II

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. JENIS PELAYANAN

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Mempawah yang selanjutnya disebut RSUD dr. Rubini Mempawah, berdasarkan kondisi sumber daya yang ada saat ini yaitu instalasi, peralatan dan SDM yang dimiliki, jenis-jenis pelayanan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan Gawat Darurat;
2. Pelayanan Rawat Jalan;
3. Pelayanan Rawat Inap;
4. Pelayanan Pasien Miskin
5. Pelayanan Kamar Operasi/Bedah Sentral;
6. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
7. Pelayanan Intensif;
8. Pelayanan Radiologi;
9. Pelayanan Laboratorium;
10. Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
11. Pelayanan Farmasi;
12. Pelayanan Rekam medik
13. Pelayanan Gizi;
14. Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
15. Pelayanan Transfusi Darah;
16. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
17. Pelayanan Pengolahan Limbah/Sanitasi;
18. Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah;
19. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
20. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
21. Pelayanan *Laundry*.

Jenis-jenis pelayanan tersebut dapat dikembangkan dan ditambahkan sesuai dengan perkembangan ilmu kedokteran dan kemajuan teknologi kedokteran serta dukungan sumber daya yang dimiliki RSUD dr. Rubini Mempawah.

B. PELAYANAN UNGGULAN

Dalam perkembangannya sejak terakreditasi 5 Pelayanan Dasar pada Tahun 2009 yang meliputi Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Medik, Pelayanan Keperawatan, Pelayanan Rekam Medik dan Pelayanan Administrasi Manajerial, RSUD dr. Rubini Mempawah mengembangkan Program Pelayanan Unggulan di bidang Trauma. Hingga saat ini bidang trauma masih menjadi unggulan dengan pertimbangan bahwa tingginya kasus kecelakaan lalu lintas (KKL) yang dibawa ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD dr. Rubini Mempawah setiap bulannya. Hal ini disebabkan Kota Mempawah merupakan jalur utama lalu lintas dari Kota Pontianak menuju Kota Singkawang dan Sambas demikian juga sebaliknya.

Selain itu kecelakaan lalu lintas juga sering terjadi di wilayah Kabupaten Landak masih banyak dirujuk ke IGD RSUD dr. Rubini Mempawah.

Kasus trauma yang cukup banyak terjadi berupa kasus-kasus luka, fraktur dan cedera kepala baik yang diakibatkan kecelakaan lalu lintas maupun trauma lainnya.

Sebagai gambaran tingginya kasus trauma di RSUD dr. Rubini Mempawah dari bulan Januari s.d. Agustus 2016 adalah sebesar 16% dari total kasus keseluruhan dengan rincian sebesar 1.057 kasus trauma dari 6.607 total kasus secara keseluruhan (data Kunjungan IGD RSUD dr. Rubini Mempawah Tahun 2016).

Dalam rencana kegiatan untuk mendukung program unggulan tersebut, RSUD dr. Rubini Mempawah telah menugaskan 1 (satu) orang dokter umum untuk mengikuti Pendidikan Dokter Spesialis yang akan menyelesaikan pendidikannya pada awal tahun 2017. Selain itu RSUD dr. Rubini Mempawah akan mengirimkan semua dokter umum dan perawat di IGD untuk mengikuti pendidikan Advance Trauma Life Support (ATLS) dan Basic Life Support (BTLS) dalam kurun waktu 2017-2019.

Penyediaan sarana dan prasarana di unit yang terkait dengan Traumatology akan terus dipenuhi dan diperbaiki. Untuk menangani kasus-kasus post trauma akan dibentuk unit/poli Perawatan Luka (Post Trauma) pada layanan rawat jalan RSUD dr. Rubini Mempawah.

C. STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang ditetapkan RSUD dr. Rubini Mempawah sepenuhnya mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 yang disesuaikan dengan kondisi sumber daya yang dimiliki rumah sakit sehingga SPM yang ditetapkan menjadi terukur dan dapat dicapai.

SPM yang ditetapkan RSUD dr. Rubini Mempawah dibagi ke dalam dua bagian yaitu:

1. **Indikator, Standar, dan Batas Waktu Setiap Jenis Pelayanan.**

Pada bagian ini diuraikan jenis-jenis pelayanan, indikator dan standar yang harus dicapai RSUD dr. Rubini Mempawah.

2. **Uraian Standar Pelayanan Minimal**

Pada bagian ini diuraikan mekanisme rinci dalam rangka mengukur pencapaian SPM yang meliputi judul, dimensi mutu, tujuan, definisi operasional, frekuensi pengumpulan data, periode analisis, numerator, denominator, sumber data, standar, dan penanggung jawab pengumpulan data. Uraian rinci mengenai kedua bagian di atas dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. INDIKATOR, STANDAR, DAN BATAS WAKTU SETIAP JENIS PELAYANAN

N O	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU
		INDICATOR	STANDAR	
1	2	3	4	5
1	Pelayanan Gawat Darurat	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di unit gawat darurat	100 %	5 tahun
		Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	1 tahun
		Pemberi pelayanan kegawat-daruratan oleh tenaga yang bersertifikat BCLS / PPGD / ALS yang masih berlaku	100 %	5 tahun
		Ketersediaan tim penanggula-ngan bencana	1 tim	1 tahun
		Waktu tanggap pelayanan dokter di unit gawat darurat	≤ 5 menit	1 tahun
		Kepuasan pelanggan pada pelayanan gawat darurat	≥ 70 %	1 tahun
		Kematian pasien ≤ 24 jam di Unit Gawat Darurat	≤ 2 perseribu	1 tahun
		Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	1 tahun
2	Pelayanan Rawat Jalan	Dokter pemberi pelayanan di klinik spesialis	100% Dokter Spesialis	5 tahun
		Ketersediaan pelayanan rawat jalan sesuai dengan rumah sakit tipe C	Bedah, Penyakit Dalam, Mata, Anak, Kandu- ngan, Gigi, VCT, dan poli DOTS	1 tahun

		Jam buka pelayanan sesuai ketentuan	Senin-Jumat : 08.00-14.00	2 tahun
		Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	3 tahun
		Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	≥ 90%	5 tahun
		Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	3 tahun
3	Pelayanan Rawat Inap	Pemberi pelayanan rawat inap	Dokter umum dan spesialis Perawat minimal D3	4 tahun
		Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	1 tahun
		Ketersediaan pelayanan rawat inap	Pelayanan spesialis : penyakit dalam, bedah, anak, kebidanan	1 tahun
		Jam <i>visite</i> dokter spesialis Setiap hari kerja	08.00 s.d. 14.00 Setiap hari kerja	1 tahun
		Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	1 tahun
		Angka kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5%	1 tahun
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%	1 tahun
		Kematian pasien lebih dari 48 jam	≤ 0,24%	1 tahun
		Kejadian pulang paksa	≤ 5%	1 tahun
		Kepuasan pelanggan rawat inap	≥ 90%	3 tahun

		Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100 %	3 tahun
		<i>Bed Occupancy Rate - BOR</i>	$\geq 60 \%$	1 tahun
		<i>Average Length Of Stay - ALOS (hari)</i>	≤ 5 hari	1 tahun
		<i>Bed Turn Over - BTO (kali)</i>	5 kali	1 tahun
		<i>Turn Over Interval - TOI (hari)</i>	≤ 3 hari	1 tahun
		Persentase pasien rawat inap yang di rujuk	$\leq 5\%$	1 tahun
		Persentase pasien yg memperoleh informasi pre-operatif	100%	1 tahun
		<i>Pemanfaatan TT (BOR) kelas III</i>	$\geq 90 \%$	1 tahun
4	Pelayanan Pasien Miskin	Jumlah Pasien Miskin Yang Dirawat	100%	2 tahun
5	Pelayanan Bedah Sentral	Waktu tunggu operasi efektif	≤ 2 hari	1 tahun
		Kejadian kematian di meja operasi	$\leq 1 \%$	1 tahun
		Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	1 tahun
		Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	1 tahun
		Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	1 tahun
		Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	1 tahun
		Komplikasi Anestesi Karena <i>Overdosis</i> , Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan <i>Endotracheal Tube</i>	$\leq 6\%$	1 tahun

6	Pelayanan Persalinan dan Perinatologi	Kejadian kematian ibu karena persalinan	Perdarahan $\leq 1\%$ Pre-eklampsia $\leq 30\%$ Sepsis $\leq 0,2\%$	1 tahun
		Pemberian pelayanan persalinan normal	Dokter spesialis Obgyn, dokter umum dan bidan D3.	1 tahun
		Pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	2 tahun
		Pemberian pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Dokter kandungan, anak dan anestesi	1 tahun
		Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500gr	100%	2 tahun
		Pertolongan persalinan melalui <i>sectio caesaria</i>	$\leq 20\%$	1 tahun
		Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih	100%	1 tahun
		Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%	1 tahun
		Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	2 tahun
7	Pelayanan Intensif	Rata-Rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama <72 Jam	$\geq 3\%$	1 tahun

		Pemberian Pelayanan Intensive Unit	Dokter spesialis Penyakit Dalam, dokter spesialis sesuai dengan kasus terkait, perawat D3 mahir ICU, ICCU.	5 tahun
8	Pelayanan Radiologi	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax	≤ 3 jam	1 tahun
		Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.Rad	3 tahun
		Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≥ 2 %	1 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	2 tahun
9	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium cito	≤ 140 menit	1 tahun
		Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK	1 tahun
		Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	1 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	2 tahun
10	Pelayanan Administrasi dan Manajemen	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	2 tahun
		Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	2 tahun
		Ketepatan waktu pengusulan naik pangkat	100%	1 tahun
		Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	1 tahun

		Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %	3 tahun
		<i>Cost Recovery</i>	≥ 40 %	1 tahun
		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	1 tahun
		Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap.	≤ 2 jam	1 tahun
		Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	4 tahun
11	Pelayanan Farmasi	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi	≤ 30 menit	1 tahun
		Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤ 60 menit	1 tahun
		Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Dalam Pemberian Obat	100%	1 tahun
		Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	2 tahun
		Penulisan resep sesuai formularium	100%	5 tahun
12	Pelayanan Rekam Medik	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	5 tahun
		Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	1 tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	1 tahun

		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	1 tahun
13	Pelayanan Gizi	Ketepatan waktu pemberian makan pada pasien	≥ 90 %	1 tahun
		Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	1 tahun
		Tidak adanya kesalahan pemberian diet	100%	1 tahun
		Jumlah permintaan makan yang dilayani	100%	1 tahun
		Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang terlayani	≥ 90 %	1 tahun
14	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %	4 tahun
		Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	5 tahun
		Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	5 tahun
15	Pelayanan Transfusi Darah	Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Tranfusi	100%	5 tahun
		Kejadian Reaksi Tranfusi	$\leq 0,01$ %	4 tahun

16	Pelayanan Pengolahan Limbah /Sanitasi Rumah Sakit	Baku Mutu Limbah Cair	BOD < 30 mg/l COD < 80 mg/l TSS < 30 mg/l PH 6-9	1 tahun
		Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%	3 tahun
17	Pelayanan Rehabilitasi Medik	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50%	1 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	1 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80%	1 tahun
18	Pelayanan Ambulance dan Kereta Jenazah	Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	24 jam	1 tahun
		Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / mobil jenazah di rumah sakit	≤ 230 menit	1 tahun
19	Pelayanan Pemulasan Jenazah	Waktu tanggapan pelayanan pemulasan jenazah	≥ 2 jam	1 tahun
20	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Tersedianya anggota Tim PPI RS yang terlatih	75%	1 tahun
		Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)	60%	1 tahun
		Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (<i>Health Care Associated Infection</i>) di RS (min 1 parameter)	75%	1 tahun

21	Pelayanan Laundry	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	3 tahun
		Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap	100%	3 tahun

2. URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. Pelayanan Gawat Darurat

a. Kemampuan menangani *life saving* di unit gawat darurat

Judul	:	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di unit gawat darurat
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis, keselamatan pasien
Tujuan indikator	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat
Definisi operasional	:	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>airways, breathing, circulation</i> .
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 1 bulan sekali
Periode dilakukan analisis	:	Setiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapatkan pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Standar	:	100 %
Sumber data	:	Rekam medik di gawat darurat
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

b. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	:	Jam buka pelayanan gawat darurat
Dimensi mutu	:	Keterjangkauan
Tujuan indikator	:	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam
Definisi operasional	:	Jam buka pelayanan gawat darurat adalah waktu yang tersedia di pelayanan gawat darurat kepada masyarakat yaitu selama 24 jam penuh
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 1 bulan
Periode dilakukan analisis	:	Setiap tiga bulan

Numerator	:	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam 1 bulan
Standar	:	100 %
Sumber data	:	Rekam medik di gawat darurat
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

c. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/ALS

Judul	:	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/ALS yang masih berlaku
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan indikator	:	Tersedianya pelayanan kegawatdaruratan oleh pemberi pelayanan yang bersertifikat dan kompeten di bidang kegawatdaruratan
Definisi terminologi	:	Tenaga kompeten di unit gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat BLS/PPGD/ALS
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 6 bulan
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 1 tahun
Numerator	:	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/PPGD/ACLS/BTLS
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberikan pelayanan kegawat darurat
Standar	:	100 %
Sumber data	:	Kepegawaian RSUD dr. Rubini Mempawah
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Subbag Kepegawaian

d. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	:	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan indikator	:	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi terminologi	:	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 1 bulan
Periode dilakukan	:	Setiap 3 bulan

analisis	
Numerator	: Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	: Tidak ada
Standar	: Satu tim
Sumber data	: Instalasi gawat darurat
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

e. Waktu tanggap pelayanan dokter di unit gawat darurat

Judul	: Waktu tanggap pelayanan dokter di unit gawat darurat
Dimensi mutu	: Kesenambungan dan keselamatan pasien
Tujuan indikator	: Terselenggaranya pelayannya dokter di unit gawat darurat yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi terminologi	: Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah waktu yang diperlukan sejak pasien datang hingga mendapatkan pelayanan dokter
Frekuensi updating indikator	: Setiap 1 bulan
Periode dilakukan analisis	: Setiap 3 bulan
Numerator	: Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak hingga pasien dilayani oleh dokter
Denominator	: Jumlah seluruh pasien yang disampling (n minimal= 50)
Standar	: ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Sumber data	: Kepala Unit Gawat Darurat RSUD dr. Rubini Mempawah
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

f. Kepuasan pelanggan pada pelayanan gawat darurat

Judul	: Kepuasan pelanggan pada pelayanan gawat darurat
Dimensi Mutu	: Kenyamanan
Tujuan Indikator	: Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Terminologi	: Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan

Frekuensi Updating Indikator	:	Setiap 1 Bulan
Periode Dilakukan Analisis	:	Setiap 6 Bulan
Numerator	:	Jumlah " kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang di survei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (n minimal= 50)
Standart	:	≥70 %
Sumber Data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Rubini Mempawah / tim mutu
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

g. Kematian pasien ≤ 24 jam di unit gawat darurat

Judul	:	Kematian pasien ≤ 24 jam di unit gawat darurat
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan kompetensi teknis
Tujuan Indikator	:	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Terminologi	:	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Updating Indikator	:	Setiap 3 bulan
Periode Dilakukan Analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang ditangani di gawat darurat
Standar	:	≤ 2 perseribu
Sumber data numerator dan Denominator	:	Rekam medik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

h. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	:	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan indikator	:	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu memberikan pertolongan segera pada pasien gawat darurat
Definisi terminologi	:	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 3 bulan
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang tidak membayar uang muka
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang datang ke Unit Gawat Darurat
Standart	:	100%
Sumber data	:	Survei
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Pelayanan Rawat Jalan

a. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	:	Dokter pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga dokter spesialis yang kompeten
Definisi operasional	:	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan dirumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	:	100 % dokter spesialis
Penanggung jawab	:	Dokter Spesialis Poliklinik

b. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	:	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang minimal harus ada dirumah sakit
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan dirumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada kualitatif
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	Tersedianya poliklinik : Bedah, Penyakit Dalam, Mata, Anak, Kandungan, Gigi, VCT, dan poli DOTS
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

c. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	:	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialis pada hari kerja diSetiap rumah sakit
Definisi operasional	:	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	Senin – Kamis Jam 08.00 – 13.00 Jumat Jam 08.00 – 11.00
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

d. Waktu tunggu di rawat jalan

Judul	:	Waktu tunggu di rawat jalan
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tergambarnya waktu tunggu bagi pasien rawat jalan
Definisi operasional	:	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh petugas atau diperiksa oleh dokter spesialis di rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang survei
Sumber data	:	Survei kepuasan pasien
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

e. Kepuasan pelanggan rawat jalan

Judul	:	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n=50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 90%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

f. 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 pasien tuberkulosis dengan strategi

		DOTS
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat jalan bagi pasien <i>tuberkulosis</i> dengan strategi DOTS adalah pelayanan <i>tuberkulosis</i> dengan 5 strategi penanggulangan <i>tuberkulosis</i> nasional. Penegakan <i>diagnose tuberkulosis dan follow up</i> pengobatan <i>tuberkulosis</i> harus melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan menggunakan paduan obat anti <i>tuberkulosis</i> yang sesuai dengan standar penanggulangan <i>tuberkulosis</i> nasional dan semua pasien yang diobati di evaluasi secara <i>kohort</i> sesuai dengan penanggulangan <i>tuberkulosis</i> nasional.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat jalan dengan <i>Tuberkulosis</i> yang ditangani dengan startegi DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan <i>Tuberkulosis</i> yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan, Register TB 03 UPK
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Pelayanan Rawat Inap

a. Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	:	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan indikator	:	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 3 bulan
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai ketentuan
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Standar	:	a. Dokter umum 9 orang b. Dokter spesialis dasar masing-masing 2 orang c. Dokter spesialis penunjang masing-

		masing 1 orang d. Perawat minimal D3
Sumber data	:	Kepegawaian
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

b. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	:	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan indikator	:	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	:	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 1 bulan
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Standar	:	100 %
Sumber data	:	Rekam medik rawat inap
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

c. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	:	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan indikator	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 3 bulan
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialisik (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada

Standar	:	Pelayanan spesialis : Penyakit Dalam, Bedah, Anak, Kebidanan, Penyakit Menular.
Sumber data	:	Instalasi Rawat Inap
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

d. Visite dokter spesialis Setiap hari kerja

Judul	:	Visite dokter spesialis Setiap hari kerja
Dimensi mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan indikator	:	Agar pasien mendapatkan pelayanan dokter Setiap hari kerja kepada Setiap pasiennya.
Rasional	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan.
Definisi operasional	:	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis Setiap hari kerja kepada Setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 1 bulan
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> dokter spesialis Setiap hari kerja
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang seharusnya di- <i>visite</i> dokter spesialis dalam 1 hari
Standar	:	100 %
Sumber data	:	Instalasi rawat inap
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

e. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	:	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan indikator	:	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi
Definisi operasional	:	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan bersih yang dilaksanakan dirumah sakit dan ditandai dengan rasa panas (kalor), kemerahan (rubor), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3x 24 jam.
Frekuensi	:	Setiap 1 bulan

updating indikator		
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Standar	:	$\leq 1,5\%$
Sumber data	:	Rekam medik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

f. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	:	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan indikator	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial dirumah sakit
Definisi operasional	:	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi <i>dekubitus, phlebitis, sepsis</i> dan infeksi luka operasi
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 1 bulan
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Standar	:	$\leq 1,5\%$
Sumber data	:	Instalasi rawat inap
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

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

Judul	:	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan indikator	:	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi terminologi	:	Suatu keadaan dimana tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian pada periode tertentu
Frekuensi	:	Setiap 1 bulan

updating indikator		
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 3 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
Standar	:	100 %
Sumber data	:	Instalasi rawat inap
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

h. Kematian pasien > 48 jam

Judul	:	Kematian pasien lebih dari 48 jam
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan indikator	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	:	Kematian pasien lebih dari 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap di rumah sakit
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 1 bulan
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap lebih dari 48 jam dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Standar	:	$\leq 0,24\%$
Sumber data	:	Instalasi rawat inap
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

i. Kejadian pulang paksa

Judul	:	Kejadian pulang paksa
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan indikator	:	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan
Definisi operasional	:	Pulang paksa atau pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan pulang oleh dokter
Frekuensi updating	:	Setiap 1 bulan

indikator		
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang pulang paksa dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Standar	:	≤ 5%
Sumber data	:	Rekam medik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

j. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	:	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan indikator	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 1 bulan
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam Persen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal =50)
Standar	:	≥ 90%
Sumber data	:	Instalasi rawat inap
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

k. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	:	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	:	Akses, efisiensi
Tujuan indikator	:	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i>

		pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 3 bulan
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Standar	:	100 %
Sumber data	:	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

1. *Bed Occupancy Rate (BOR)*

Judul	:	<i>Bed Occupancy Rate</i> – BOR
Dimensi mutu	:	Efisien
Tujuan indikator	:	Mendapatkan gambaran pemanfaatan tempat tidur pasien rawat inap
Definisi terminologi	:	<i>Bed Occupancy rate</i> adalah pemanfaatan tempat tidur dalam periode waktu tertentu
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 1 bulan
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pemanfaatan pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu
Denominator	:	Jumlah tempat tidur yang tersedia di Setiap bangsal rawat inap pada satuan waktu tertentu
Threshold	:	≥ 60 %
Sumber data	:	Instalasi rekam medik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

m. Average Length Of Stay

Judul	:	<i>Average Length Of Stay</i> - ALOS (hari)
Dimensi mutu	:	Efisien
Tujuan indikator	:	Untuk mengetahui rerata jumlah hari perawatan pasien
Definisi terminologi	:	<i>Average Length Of Stay</i> adalah angka yang menunjukkan rerata lamanya pasien dirawat.
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 1 bulan
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Rerata lama hari dirawatnya seorang pasien
Denominator	:	Jumlah ALOS diSetiap bangsal rawat inap
<i>Threshold</i>	:	≤ 5 hari
Sumber data	:	Instalasi rekam medik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

n. Bed Turn Over (BTO)

Judul	:	<i>Bed Turn Over</i> - BTO (kali)
Dimensi mutu	:	Efisien
Tujuan indikator	:	Untuk mengetahui frekuensi penggunaan tempat tidur oleh pasien
Definisi terminologi	:	<i>Bed Turn Over</i> adalah frekuensi penggunaan tempat tidur yang seharusnya dipakai oleh pasien rawat inap
Frekuensi updating indikator	:	1 bulan
Periode dilakukan analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Frekuensi pemakaian tempat tidur, berapa kali dalam satuan waktu tertentu tempat tidur rumah sakit harus dipakai
Denominator	:	Jumlah BTO di Setiap bangsal rawat inap
<i>Threshold</i>	:	5 kali
Sumber data	:	Instalasi rekam medik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

o. Turn Over Interval (TOI)

Judul	:	<i>Turn Over Interval</i> - TOI (hari)
Dimensi mutu	:	Efisien
Tujuan indikator	:	Untuk mengetahui rerata tempat tidur yang tidak ditempati pasien dari saat terisi pasien ke saat terisi pasien berikutnya
Definisi terminologi	:	<i>Turn Over Interval</i> adalah angka yang menunjukkan rerata tempat tidur yang tidak ditempati pasien dari saat terisi pasien ke saat terisi pasien berikutnya
Frekuensi updating indikator	:	1 bulan
Periode dilakukan analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Rerata hari, tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya
Denominator	:	Jumlah TOI diSetiap bangsal rawat inap
Threshold	:	≤ 3 hari
Sumber data	:	Instalasi rekam medik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

p. Persentase pasien rawat inap yang dirujuk

Judul	:	Persentase pasien rawat inap yang di rujuk
Dimensi mutu	:	<i>Technical competence</i> , kesinambungan pelayanan
Tujuan indikator	:	Untuk mengetahui kesiapan pelayanan rawat inap
Definisi terminologi	:	Persentase pasien rawat inap yang dirujuk ke rumah sakit lain
Frekuensi updating indikator	:	1 bulan
Periode dilakukan analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang dirujuk pada periode waktu tertentu
Denominator	:	Total pasien rawat inap pada periode waktu tertentu
Threshold	:	$\leq 5\%$
Sumber data	:	Instalasi rekam medik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

q. Persentase pasien yang memperoleh informasi pre-operatif

Judul	:	Persentase pasien yg memperoleh informasi pre-operatif
Dimensi mutu	:	<i>Technical competence</i>
Tujuan indikator	:	Untuk mengetahui kewajiban dokter dalam memberikan penjelasan pada pasien yang akan dilakukan operasi
Definisi terminologi	:	Persentase pasien yg memperoleh informasi pre-operatif
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 1 bulan
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang menerima informasi pre-operatif
Denominator	:	Jumlah pasien yang dijadualkan untuk mendapatkan tindakan operatif
Threshold	:	100 %
Sumber data	:	Instalasi rawat inap
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

r. Pemanfaatan tempat tidur kelas III

Judul	:	<i>Pemanfaatan TT (BOR) kelas III</i>
Dimensi mutu	:	Efisien
Tujuan indikator	:	Untuk mengetahui pemanfaatan tempat tidur kelas III untuk pasien miskin
Rasional	:	Memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit
Definisi terminologi	:	Pemanfaatan tempat tidur kelas III adalah jumlah tempat tidur kelas III yang digunakan pasien miskin
Frekuensi updating indikator	:	Setiap 1 bulan
Periode dilakukan analisis	:	Setiap 3 bulan
<i>Numerator</i>	:	Jumlah pemanfaatan pemakaian tempat tidur oleh pasien miskin pada satuan waktu tertentu yang dilayani di kelas III
<i>Denominator</i>	:	Jumlah tempat tidur di Setiap bangsal rawat inap kelas III
<i>Threshold</i>	:	≥ 90 %
Sumber data	:	Instalasi rekam medik

Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap
---------------------------------	---	-----------------------------

4. Pelayanan Kamar Operasi/Bedah Sentral

a. Waktu tunggu operasi efektif

Judul	:	Waktu tunggu operasi efektif
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi operasional	:	Waktu tunggu operasi adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai saat operasi dilakukan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 2 hari
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

b. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	:	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan, efektivitas.
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	:	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di meja operasi pada saat operasi berlangsung yang tidak diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	:	Setiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan

Sumber data	:	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	≤ 1 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

c. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	:	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	:	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan di kurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

d. Tidak ada kejadian operasi salah orang

Judul	:	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	:	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	:	1 bulan dan sentinel event
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan di kurangi jumlah pasien salah orang dalam waktu satu bulan

Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

e. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	:	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang ditetapkan
Definisi operasional	:	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan di kurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

f. 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	:	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	:	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan

Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan di kurangi 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 medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

g. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube

Judul	:	Komplikasi anestesi karena <i>overdosis</i> , reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan
Definisi operasional	:	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena <i>overdosis</i> , reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 6 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

5. ayanan Persalinan dan Perinatologi

a. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	:	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi operasional	:	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, <i>pre eklamsia</i>, <i>eklamsia</i>, <i>partus</i> lama, anemia berat dan <i>sepsis</i>.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p><i>Pre eklamsia</i> dan <i>elamsia</i> mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, <i>pre eklamsia</i> dan <i>eklamsia</i> merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah <i>sistolik</i> 160 mmhg dan <i>diastolic</i> 110 mmhg • Protein urea . 5 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif • <i>Edema</i> tungkai <p><i>Eklamsia</i> adalah tanda <i>pre eklamsia</i> yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Anemia Berat adalah kondisi ibu dengan kadar haemoglobin (Hb) dalam darahnya kurang dari Hb < 7 gr%.</p> <p><i>Sepsis</i> adalah tanda-tanda <i>sepsis</i> yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh penolong.</p>
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap satu bulan
Periode analisis	:	Setiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, <i>pre eklamsia/ eklamsia</i> , <i>partus</i> lama atau <i>sepsis</i> (masing-masing penyebab)
Denominator	:	Jumlah jumlah pasien persalinan perdarahan, <i>pre eklamsia/ eklamsia</i> dan <i>sepsis</i> .
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	Perdarahan 13,79 %, <i>pre eklamsia</i> 2,041%, lain-lain 2,08 %
Penanggung jawab	:	Komite Medik

b. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	:	Pemberian pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter spesialis obstetri ginekologi, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter spesialis kebidanan, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal .
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	Dokter spesialis obgyn, dokter umum dan bidan D3.
Penanggung jawab	:	Komite Medik

c. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	:	Pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	:	Kompetensi Teknis
Tujuan	:	Teredianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah dokter spesialis obstetri ginekologi, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan lahir diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan <i>antepartum</i> , <i>eklampsia</i> dan <i>pre eklampsia</i> , tali pusat menubung.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan penyulit yang ditolong oleh dokter spesialis dan dokter umum terlatih
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit

Sumber data	:	Kepegawaian dan rekam medik
Standar	:	Dokter spesialis kebidanan (Sp. OG)
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Kebidanan

d. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	:	Pemberian pelayanan persalinan dengan tindakan operasi.
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Teredianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter spesialis obstetri ginekologi dan dokter spesialis anak.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter spesialis kandungan, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinaan dengan tindakan operasi
Denominator	:	Jumlah seluruh doketr yang memberikan pelayanan persalinaan dengan tindakan operasi
Sumber data	:	Kepegawaian dan rekam medik
Standar	:	Dokter kandungan, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Penanggung jawab	:	Komite Medik

e. Kemampuan menangani BBLR 1500gr - 2500gr

Judul	:	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500gr
Dimensi mutu	:	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR .
Definisi operasional	:	BBLR adalah bayi yang baru lahir dengan berat badan antara 1500g - 2500g.
Frekuensi pengumpulan data	:	satu bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah BBLR 1500gr - 2500gr yang berhasil ditangani.

Denominator	:	Jumlah seluruh BBLR 1500gr - 2500gr yang ditangani
Sumber data	:	rekam medik dan admin ruang perinatologi
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Komite Medik

f. Pertolongan persalinan melalui *sectio caesaria*

Judul	:	Pertolongan persalinaan melalui <i>sectio caesaria</i>
Dimensi mutu	:	Efektivitas / efisiensi dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	:	<i>Sectio caesaria</i> adalah tindakan persalinaan melalui pembedahan abdominal baik efektif maupun emergensi
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah persalinaan dengan <i>sectio caesaria</i> dalam 1 bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinaan dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 20%
Penanggung jawab	:	Komite Medik

g. Keluarga berencana mantap

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	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB

Sumber data	:	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Bidang Pelayanan

h. Konseling KB mantap

Judul	:	Konseling KB 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	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	:	Laporan unit layanan KB
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Bidang Pelayanan

i. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 80%
Penanggung jawab	:	Kepala Ruangan Kebidanan

6. Pelayanan Intensif

a. Rata-rata pasein yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam

Judul	:	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	:	Pasein kembali ke perawatan Intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasein yang kembali ke perawatan Intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat Intensif dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 3%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Perawatan Intensif

b. Pemberian pelayanan unit intensif

Judul	:	Pemberian pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan intensif oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis Penyakit Dalam dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU, ICCU, PICU/NICU.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah dokter spesialis penyakit dalam dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU, ICCU, PICU/NICU.
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	:	Kepegawaian

Standar	:	Dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis sesuai dengan kasus terkait, perawat D3 mahir ICU, ICCU, PICU/NICU.
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Perawatan Intensif

7. Pelayanan Radiologi

a. Waktu tunggu hasil pelayanan foto *thorax*

Judul	:	Waktu tunggu hasil pelayanan foto <i>thorax</i>
Dimensi mutu	:	Efektivitas/ efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan foto <i>thorax</i> adalah tenggang waktu mulai pasien dilakukan foto <i>thorax</i> sampai menerima hasil yang sudah diekspedisi
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto <i>thorax</i> dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang difoto <i>thorax</i> dalam bulan tersebut.
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 3 jam
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Radiologi

b. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	:	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	:	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan-tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirim-kan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan

Numerator	:	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan
Sumber data	:	Register di Instalasi Radiologi
Standar	:	Dokter spesialis Radiologi
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Radiologi

c. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	:	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	:	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber data	:	Buku Register Radiologi
Standar	:	$\leq 2\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Radiologi

d. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan radiologi
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	:	satu bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	:	Tim Mutu

8. Pelayanan Lab. Patologi Klinik

a. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium cito

Judul	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium cito
Dimensi mutu	:	Efektivitas/ efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium cito, waktu tunggu hasil pelayanan pemeriksaan laboratorium cito adalah tenggang waktu mulai pengambilan sampel diterima petugas laboratorium cito hingga pemeriksaan selesai dikerjakan.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan pemeriksaan laboratorium cito yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah total pasien yang diperiksa dilaboratorium dan disurvei (n = 50) dalam bulan tersebut.
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 140 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Laboratorium

b. 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 mampu-nyai kewenangan untuk melakukan pembaca-an hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan

Periode analisis	:	Setiap 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	:	Dokter spesialis Patologi Klinik
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Laboratorium

c. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	:	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium klinik .
Definisi operasional	:	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium klinik dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa laboratorium klinik dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Laboratorium

d. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan laboratorium
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan

Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei yang menyatakan puas (dalam persen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 80%
Penanggung jawab	:	Tim Mutu

9. Pelayanan Rehabilitasi Medik

a. Kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	:	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi mutu	:	kesinambungan pelayanan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	:	<i>Drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 bulan
Periode analisis	:	Setiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang <i>drop out</i> dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 50 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

b. 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	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan

Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

c. 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
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	> 80%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

10. Pelayanan Farmasi

a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 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	:	Survei
Standar	:	≤ 30 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	:	Efektivitas, 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	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 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	:	Survei
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

c. Tidak adanya kejadian kesalahan dalam pemberian obat

Judul	:	Tidak adanya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Terjaminnya pelayanan pemberian obat yang aman dan mengutamakan keselamatan
Definisi operasional	:	Kesalahan pemberian obat adalah suatu kesalahan pemberin obat kepada pasien, yang dapat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan

Periode analisis	:	Setiap 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	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

d. 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	:	Setiap 3 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 80%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

e. 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	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 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	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Farmasi

11. Pelayanan Gizi

a. Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian makan pada pasien
Dimensi mutu	:	Efektivitas, akses dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapatkan makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 90%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Gizi

b. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	:	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	:	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak termakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan

Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	20%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Gizi

c. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	:	Tidak adanya kesalahan pemberian diet
Dimensi mutu	:	Keamanan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Kesalahan dalam pemberian diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Gizi

d. Jumlah permintaan makan yang dilayani

Judul	:	Jumlah permintaan makan yang dilayani
Dimensi mutu	:	Efektivitas dan Akses
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Jumlah permintaan makan yang terlayani adalah jumlah permintaan makan pasien ke instalasi gizi yang dapat dilayani pada periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan makan pasien yang terlayani pada periode waktu tertentu
Denominator	:	Jumlah seluruh seluruh permintaan makan yang masuk pada periode waktu tertentu
Sumber data	:	Blanko permintaan makan pasien

Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala instalasi gizi

e. Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang terlayani

Judul	:	Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang terlayani
Dimensi mutu	:	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang terlayani adalah jumlah pasien rawat inap yang memerlukan pelayanan konsultasi gizi yang dapat dilayani oleh petugas pada periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan konsultasi gizi rawat inap pada periode waktu tertentu
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan konsultasi gizi rawat inap pada periode waktu tertentu
Sumber data	:	Blanko permintaan konsultasi gizi rawat inap
Standar	:	≥ 90%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Gizi

12. Pelayanan Tranfusi Darah

1) Pemenuhan kebutuhan darah bagi Setiap pelayanan tranfusi

Judul	:	Pemenuhan kebutuhan darah bagi Setiap pelayanan tranfusi
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	:	Cukup Jjelas
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei

Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan Bank Darah

2) Kejadian reaksi tranfusi

Judul	:	Kejadian reaksi tranfusi
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya manajemen resiko 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 analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang mendapat tranfusi dalam satu 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	$\leq 0,01\%$
Penanggung jawab	:	Kepala UTD

13. Pelayanan Pasien Miskin

a. Jumlah pasien miskin yang dirawat

Judul	:	Jumlah pasien miskin yang dirawat yang dijamin dengan sistem JKN
Dimensi mutu	:	Efisien
Tujuan indikator	:	Untuk mengetahui jumlah pasien miskin/tidak mampu yang seharusnya dirawat.
Definisi terminologi	:	Jumlah pasien miskin yang dirawat adalah jumlah pasien miskin yang seharusnya mendapatkan perawatan di bangsal.
Frekuensi updating indikator	:	1 bulan
Periode dilakukan analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien miskin yang dirawat
Denominator	:	Jumlah pasien miskin yang seharusnya dirawat

Threshold	:	100 %
Sumber data	:	Rekam medik, pengelola JKN
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

14. Pelayanan Rekam Medik

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

Judul	:	Kelengkapan pengisian rekam medik 72 jam setelah pelayanan
Dimensi mutu	:	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan pelayanan rekam medik
Definisi operasional	:	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi : identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan <i>resume</i> .
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap.
Denominator	:	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Rekam medik

b. Kelengkapan *informed consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	:	Kelengkapan <i>informed consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medis yang akan dilakukan
Definisi operasional	:	<i>Informed consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.

Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan yang disurvei dan mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan yang disurvei dalam satu bulan.
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Rekam medik

c. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efisiensi dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	:	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada perawatan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik adalah waktu mulai pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati.
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	:	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/ diruang rekam medik untuk pasien lama.
Standar	:	Rerata ≤ 10 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Rekam medik

d. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efisiensi dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftar-an 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	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat inap yang diamati.
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	:	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat inap untuk pasien baru/ diruang rekam medik untuk pasien lama.
Standar	:	Rerata \leq 15 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Rekam Medik

15. Pelayanan Sanitasi Rumah Sakit

a. 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 ditolelir dan diukur dengan indikator : <ul style="list-style-type: none"> • BOD (<i>Biological Oxygen Demand</i>) : 30 mg/lt • COD (<i>Chemical Oxygen Demand</i>) : 80 mg/lt • TSS (<i>Total Suspended Solid</i>) : 30 mg/lt

		• pH : 6 – 9
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Hasil pemeriksaan laboratorium limbah cair rumah sakit yang sesuai baku mutu
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	:	Hasil pemeriksaan
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Sanitasi Rumah Sakit

b. Pengelolaan 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 padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan atau dapat mencederai, antara lain: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan <p>Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku.</p>
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	:	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Sanitasi Rumah Sakit/IPCN Rumah Sakit

16. Pelayanan Administrasi dan Manajemen

a. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Hasil keputusan yang ditindaklanjuti dalam 1 bulan
Denominator	:	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam 1 bulan
Sumber data	:	Notulen rapat
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Direktur

b. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	:	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi operasional	:	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung-jawaban 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 lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah. Laporan indikator kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali.

Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 tahun
Periode analisis	:	Setiap 1 tahun
Numerator	:	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 tahun
Sumber data	:	Bidang perencanaan
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Direktur

c. Ketepatan waktu pengusulan naik pangkat

Judul	:	Ketepatan waktu pengusulan naik pangkat
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efisiensi dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	:	Usulan kenaikan pangkat dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 tahun
Periode analisis	:	Setiap 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	:	Subbag Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Subbag Kepegawaian

d. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	:	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	:	Kenaikan gaji berkala secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (Peraturan Pemerintah Nomor 30 Tahun 2015 tentang Perubahan Ketujuh Belas Atas Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 1977 tentang Peraturan Gaji Pegawai Negeri Sipil).

Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 tahun
Periode analisis	:	Setiap 1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun.
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun.
Sumber data	:	Subbag Kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Subbag kepegawaian

e. Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	:	Karyawan yang mendapatkan 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 pegawai 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	:	Setiap 1 tahun
Periode analisis	:	Setiap 1 tahun
Numerator	:	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	:	Jumlah seluruh karyawan Rumah Sakit
Sumber data	:	Bidang pendidikan dan sumber daya manusia (SDM) rumah sakit dan subbag kepegawaian
Standar	:	≥ 60%
Penanggung jawab	:	Kepala Subbag Kepegawaian

f. Cost recovery

Judul	:	<i>Cost Recovery</i>
Dimensi mutu	:	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	:	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah perbelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 1 bulan
Numerator	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	:	Subbag perencanaan dan keuangan
Standar	:	≥ 40%
Penanggung jawab	:	Kepala Subbag Perencanaan Keuangan

g. 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 arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 Setiap bulan berikutnya.
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 Setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah laporan keuangan yang harus di selesaikan dalam 3 bulan
Sumber data	:	Subbag perencanaan dan keuangan
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Subbag Perencanaan dan Keuangan

h. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	:	Ketepatan 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 ialah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 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 1 bulan
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	≤ 2 jam
Penanggung jawab	:	Bagian Kasir

i. 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 pegawai
Definisi operasional	:	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan realisasi pendapatan dan kinerja yang dicapai dalam 1 bulan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 6 bulan
Periode analisis	:	Setiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah bulan dengan keterlambatan pemberian intensif
Denominator	:	6 (enam bulan) sesuai periode analisis
Sumber data	:	Catatan bidang anggaran dan pembendaharaan
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Bendahara Gaji/TP

17. Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah

a. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Judul	:	Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan ambulance/ kereta jenazah yang dapat di akses Setiap waktu oleh pasien/ keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi operasional	:	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Buku register pemakaian ambulance
Standar	:	24 jam
Penanggung jawab	:	Kasubbag Umum /Koordinator Sopir Ambulance

b. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit

Judul	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance / mobil jenazah
Definisi operasional	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / mobil jenazah di rumah sakit adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance / mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance / mobil jenazah. maksimal 1 jam.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah penyediaan ambulance / mobil jenazah kurang dari atau sama dengan satu jam dalam satu bulan

Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan pemakaian ambulance / mobil jenazah
Sumber data	:	Buku register pemakaian ambulance
Standar	:	≤ 230 menit
Penanggung jawab	:	Kasubbag Umum / Koordinator Sopir Ambulance

18. Pemulasaraan Jenazah

1) Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

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

19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

a. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	:	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani kerusakan alat
Definisi operasional	:	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas datang melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 1 jam harus sudah ditanggapi.

Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang dari atau sama dengan 1 jam dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	:	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	:	≥ 80%
Penanggung jawab	:	Kepala IPSRS

b. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	:	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	:	Ketepatan waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/ <i>service</i> untuk Setiap-Setiap alat sesuai dengan ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dipenuhi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	:	Register Pemeliharaan Alat
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala IPSRS

c. 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 alat laboratorium (dan alat ukur yang lain)
Definisi operasional	:	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan.

Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 tahun
Periode analisis	:	Setiap 1 tahun
Numerator	:	Jumlah alat laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh alat laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang seharusnya dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	:	Buku register pemeliharaan alat dan kalibrasi
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala IPSRS

20. Pelayanan *Laundry*

1) Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	:	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	:	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>
Definisi operasional	:	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 1 bulan
Numerator	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari <i>sampling</i> dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari <i>sampling</i> tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi <i>Laundry</i>

2) Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	:	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	:	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>
Definisi operasional	:	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan

Periode analisis	:	Setiap 1 bulan
Numerator	:	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi <i>Laundry</i>

21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

a. Tersedianya anggota tim PPI RS yang terlatih

Judul	:	Tersedianya anggota tim PPI RS yang terlatih
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya anggota tim PPI RS yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas PPI RS
Definisi operasional	:	TIM PPI RS adalah anggota tim yang telah mendapatkan pelatihan dan mengikuti pendidikan dasar dan lanjut PPI.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 bulan
Periode analisis	:	Setiap 1 tahun
Numerator	:	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	:	Jumlah seluruh anggota Tim PPI RS
Sumber data	:	Komite PPI RS
Standar	:	75 %
Penanggung jawab	:	Ketua Komite PPI RS

b. Ketersediaan alat pelindung diri

Judul	:	Ketersediaan alat pelindung diri (APD)
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tersedianya APD diSetiap ruangan dan instalasi
Definisi operasional	:	Alat perlindungan diri adalah 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 <i>boots</i> dan gaun.
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	Setiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah instalasi atau ruangan yang telah tersedia APD

Denominator	:	Jumlah seluruh instalasi atau ruangan di Rumah Sakit
Sumber data	:	Inventaris komite PPI dan ruangan
Standar	:	60 %
Penanggung jawab	:	Tim PPI RS

c. 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 analisis	:	Setiap 1 bulan
Numerator	:	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	:	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	:	Survei
Standar	:	75 %
Penanggung jawab	:	Tim PPI RS

BAB III

RENCANA PENCAPAIAN SPM

A. RENCANA PENCAPAIAN TARGET SPM

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Rubini Mempawah merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat. RSUD dr. Rubini Mempawah harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang tinggi tersebut, RSUD dr. Rubini Mempawah telah melaksanakan amanat Pemerintah sebagaimana tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yaitu memenuhi tuntutan untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

Berdasarkan kondisi awal pencapaian SPM sebagaimana diuraikan di atas, telah disepakati oleh jajaran manajemen tentang rencana pencapaian SPM untuk 5 (lima) tahun ke depan. Rencana pencapaian ini disesuaikan dengan kondisi RSUD dr. Rubini Mempawah yaitu hal-hal yang akan mendukung pencapaian SPM seperti penyediaan SDM, penyediaan peralatan kesehatan, dan penyediaan sarana prasarana, sehingga diharapkan seluruh indikator SPM dapat terpenuhi paling lambat tahun 2021.

Hasil pengukuran capaian kondisi awal SPM per Juli 2016 dan rencana pencapaian SPM, khususnya atas indikator yang belum mencapai standar adalah sebagai berikut:

1.	Gawat Darurat	1 Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa.	100%	73%	0,73	80%	85%	90%	95%	100%
		2 Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat yang masih berlaku : BLS/PPGD/CELS/ALS	100%	61%	0,61	70%	75%	80%	90%	100%
		3 Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	Tidak Ada Tim	0,00	Satu Tim	Satu Tim	Satu Tim	Satu Tim	Satu Tim
2.	Rawat Jalan	1 Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis.	100% Dokter Spesialis	80%	0,80	80%	80%	90%	90%	100%
		2 Jam buka Pelayanan	Jam 08.00 - 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at 08.00 - 11.00.	70%	0,70	80%	100%	100%	100%	100%
		3 Waktu tunggu di rawat jalan.	≤ 60 menit	90 menit	0,50	80 menit	70 menit	60 menit	50 menit	45 menit
		4 Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	60%	0,67	65%	75%	80%	85%	90%
		5 Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	65%	0,65	80%	90%	100%	100%	100%
3.	Rawat Inap	1 Pemberi Pelayanan di Rawat Inap.	Pelayanan oleh :							
		a. Dokter Spesialis				70%	75%	85%	90%	100%
		b. Perawat minimal D3	70%	0,7	91%	91%	95%	100%	100%	
		2 Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %	80%	0,79	85%	88%	90%	91%	93%
		3 Pasien rawat inap TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	75%	0,75	80%	90%	100%	100%	100%

4.	Persalinan, Perinatologi dan KB	1 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	Tidak Ada Tim POLNEK	0,00	Tidak Ada Tim PONEK terlatih	Ada Tim PONEK terlatih	Ada Tim PONEK terlatih	Ada Tim PONEK terlatih	Ada Tim PONEK terlatih
		2 Kemampuan menangani BBLR 1500 - 2500 gr	100%	95%	0,95	95%	100%	100%	100%	100%
		3 Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	70%	0,88	75%	80%	85%	90%	95%
5.	Intensif	1 Pemberi pelayanan Unit Intensif	b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat Mahir ICU / setara D4	Ada Perawat mahir ICU	0,75	Ada 75%	Ada 80%	Ada 85%	Ada 90%	Ada 100%
6.	Radiologi	1 Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.Rad.	Tidak Ada Dokter Spesialis Radiologi	0,00	Tidak Ada	Tidak Ada	ada	Ada	Ada
		2 Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	75%	0,75	75%	80%	85%	90%	95%
7.	Laboratorium Patologi Klinik	1 Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	75%	0,75	75%	80%	85%	90%	95%
8.	Farmasi	1. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	75%	0,75	75%	80%	85%	90%	95%
		2. Penulisan resep sesuai formularium.	100%	80%	0,80	80%	85%	90%	95%	100%
9.	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	80%	0,80	80%	85%	90%	95%	100%
		2. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0.01 %	0.03%	0,00	0.02%	0.02%	0.02%	0.01%	0,00%

10.	Pelayanan GAKIN	1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan.	100 % terlayani	85% terlayani	0,85	95% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani
11.	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan.	100%	85%	0,85	85%	90%	95%	95%	100%
12.	Pengelolaan Limbah	1. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	70%	0,70	80%	90%	100%	100%	100%
13.	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	75%	0,75	90%	100%	100%	100%	100%
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	80%	0,8	90%	100%	100%	100%	100%
		3. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %	35%	0,58	45%	55%	65%	80%	85%
		4. Cost Recovery	≥ 40 %	35%	0,88	40%	55%	70%	85%	95%
		5. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	75%	0,75	75%	80%	85%	100%	100%
14.	Pelayanan Pemeliharaan RS	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80%	65%	0,81	65%	70%	75%	80%	85%
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	65%	0,65	70%	75%	85%	95%	100%
		3. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan kalibrasi	100%	65%	0,65	70%	75%	85%	95%	100%
15.	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	75%	0,75	85%	95%	100%	100%	100%
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	85%	0,85	95%	100%	100%	100%	100%

B. HAMBATAN DALAM PENCAPAIAN SPM

Terdapat 15 jenis pelayanan yang belum mencapai standar pelayanan minimal (SPM), yang disebabkan :

1. Gawat Darurat

- Alat-alat kedokteran/kesehatan di IGD belum mencukupi untuk menangani seluruh pasien yang membutuhkan pertolongan *life saving*.
- Belum seluruh pemberi pelayanan kegawat daruratan memiliki sertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS.
- Belum tersedia Tim Penanggulangan Bencana Rumah Sakit.

2. Rawat Jalan dan Rawat Inap

- Belum terpenuhinya jumlah tenaga dokter spesialis karena keterbatasan kemampuan Pemerintah Kabupaten Mempawah dalam menyediakan fasilitas untuk menarik minat tenaga medis khususnya dokter spesialis untuk bersedia ditempatkan di Rumah Sakit dr. Rubini Mempawah.
- Kurangnya jumlah pegawai di Poli DOTS yang mengakibatkan kinerja pegawai kurang optimal.
- Belum seluruh perawat yang memberikan pelayanan di unit rawat inap berijazah minimal D3.

3. Persalinan, Perinatologi dan KB
 - Belum tersedia tim kesehatan yang memiliki kompetensi untuk memberikan pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).
 - Belum seluruh bayi yang baru lahir dengan berat badan antara 1500g - 2500g dapat ditangani oleh RSUD dr. Rubini Mempawah.
4. Intensif

Belum seluruh pemberi pelayanan di unit intensif memiliki sertifikat Perawat Mahir ICU / setara D4.
5. Radiologi

Belum terdapat dokter spesialis radiologi sebagai pelaksana ekspertisi di unit radiologi.
6. Farmasi

Masih terdapat ketidaksesuaian antara resep obat dokter dengan formularium rumah sakit.
7. Transfusi Darah
 - Belum terpenuhinya seluruh permintaan kebutuhan darah pada pelayanan transfusi.
 - Masih terdapat kejadian tidak diharapkan yang terjadi akibat transfusi darah.
8. Pelayanan GAKIN

Masih terdapat pasien miskin yang tidak dapat dilayani oleh rumah sakit karena tidak terdaftar sebagai peserta BPJS serta tidak terdapat subsidi dari Pemerintah Kabupaten Mempawah untuk perawatan pasien miskin.
9. Rekam Medis

Belum terdapat format baku untuk pengisian formulir rekam medis.
10. Pengolahan Limbah

Belum terdapat alat untuk mengolah limbah padat infeksius.
11. Administrasi dan Manajemen
 - Kurangnya jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun yang disebabkan keterbatasan dana dari internal rumah sakit untuk kegiatan pelatihan karyawan.
 - Pemberian insentif tidak tepat waktu yang disebabkan keterlambatan penerimaan atas klaim BPJS.
12. Pelayanan Pemeliharaan Rumah Sakit
 - Waktu yang dibutuhkan untuk menanggapi kerusakan alat relatif lama yang disebabkan terbatasnya teknisi eletromedik yang dimiliki rumah sakit.
 - Pemeliharaan alat belum tepat waktu yang disebabkan tidak tersedia kartu pemeliharaan, sehingga pemeliharaan tidak terjadwal.
 - Kalibrasi seluruh alat laboratorium belum tepat waktu yang disebabkan keterbatasan dana internal rumah sakit untuk melakukan kalibrasi terhadap alat-alat laboratorium.
13. Pelayanan *Laundry*
 - Masih terdapat kejadian linen hilang yang disebabkan petugas laundry tidak bekerja 24 jam.
 - Penyediaan linen di ruang rawat inap belum tepat waktu yang disebabkan kurangnya jumlah tenaga laundry

14. Kepuasan Pelanggan

Tingkat kepuasan pelanggan atas pelayanan rumah sakit pada instalasi rawat jalan; rawat inap; Persalinan, Perinatologi dan KB; radiologi; laboratorium patologi klinik; dan farmasi masih dibawah standard yang ditetapkan.

C. PROGRAM PENCAPAIAN SPM

Sesuai dengan Rencana Strategi Bisnis periode 2017-2021, visi RSUD dr. Rubini Mempawah Kabupaten Mempawah adalah **“TERWUJUDNYA PELAYANAN RUMAH SAKIT YANG BERKUALITAS”**.

Untuk mencapai visi tersebut, RSUD dr. Rubini Mempawah menetapkan 3 (tiga) misi yaitu : **Meningkatkan Mutu Pelayanan Rumah Sakit, Meningkatkan Kualitas dan Kuantitas serta Profesionalisme Sumber Daya Manusia Rumah Sakit, Meningkatkan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit, Meningkatkan Optimalisasi dan Efektifitas Pendanaan Rumah Sakit, dan Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat Miskin Kabupaten Mempawah.**

Mengacu pada salah satu misi rumah sakit yaitu meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, maka diperlukan sebuah standar sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Terdapat 7 (tujuh) program dan 14 (empat belas) kegiatan yang berhubungan dengan pencapaian misi tersebut. Program-program tersebut adalah sebagai berikut: (dilengkapi seluruh program)

1. Program : Pelayanan Administrasi Perkantoran
Kegiatannya antara lain :
 - a. Penyediaan jasa komunikasi, sumber daya air, listrik.
 - b. Penyediaan jasa pemeliharaan dan perizinan kendaraan dinas/ operasional.
 - c. Penyediaan administrasi keuangan.
 - d. Penyediaan jasa kebersihan kantor.
 - e. Penyediaan alat tulis kantor.
 - f. Penyediaan barang cetakan dan penggandaan.
 - g. Penyediaan instalasi listrik/ penerangan bangunan kantor.
 - h. Penyediaan bahan bacaan dan peraturan perundang-undangan/ pajak.
 - i. Penyediaan makanan dan minuman Pegawai.
 - j. Rapat-rapat koordinasi dan konsultasi ke luar daerah.
 - k. Penyediaan jasa pendukung keamanan dan ketertiban/ pengamanan kantor.
 - l. Penyediaan alat dan bahan kebersihan
2. Program : Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur
Kegiatannya antara lain :
 - a. Pengadaan perlengkapan gedung kantor
 - b. Pengadaan meubelair
 - c. Pengadaan computer
 - d. Pengadaan alat studio dan komunikasi
 - e. Pengadaan instalasi listrik dan telepon
 - f. Pemeliharaan rutin/ berkala gedung kantor

- g. Pemeliharaan rutin/ berkala mobil jabatan
 - h. Pemeliharaan rutin/ berkala kendaraan dinas/ operasional
 - i. Pemeliharaan rutin/ berkala perlengkapan gedung kantor
 - j. Pemeliharaan rutin/ berkala computer
 - k. Rehabilitasi sedang/berat kendaraan dinas/operasional
 - l. Pengadaan rumah dinas
3. Program : Peningkatan Disiplin Aparatur
Kegiatannya antara lain :
 - a. Pengadaan Mesin/Kartu Absensi
 - b. Pengadaan Pakaian Dinas berserta perlengkapannya
 4. Program : Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur
Kegiatannya antara lain :
 - a. Sosialisasi peraturan perundang-undangan
 5. Program : Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan
Kegiatannya antara lain:
 - a. Penyusunan laporan capaian kinerja dan ikhtisar realisasi kinerja SKPD
 - b. Penyusunan laporan keuangan semesteran
 - c. Penyusunan laporan keuangan akhir tahun
 6. Program : Upaya Kesehatan Masyarakat.
Kegiatannya antara lain :
 - a. Peningkatan pelayanan kesehatan spesialisik,
 - b. Promosi kesehatan rumah sakit,
 7. Program : Perbaikan Gizi Masyarakat
Kegiatannya antara lain :
 - a. Penanggulangan kurang energi protein (KEP), Anemia Gizi Besi, Gangguan Akibat Kurang Yodium, Kurang Vitamin A dan Kekurangan Zat Gizi Mikro lainnya di rumah sakit
 8. Program : Standarisasi Pelayanan Kesehatan
Kegiatannya antara lain :
 - a. Evaluasi dan pengembangan standar pelayanan kesehatan rumah sakit,
 - b. Pengembangan Standarisasi Manajemen Pengelolaan Keuangan BLUD Rumah Sakit
 9. Program : Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin
Kegiatannya antara lain :
 - a. Pelayanan mobilitas rumah sakit
 - b. Visum ed repertum
 - c. Penguburan pasien tak mampu
 - d. Pelayanan Kesehatan dan Pengobatan Jamkesda Rujukan Lanjutan
 10. Program : Pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit
Kegiatannya antara lain :
 - a. Rehabilitasi bangunan rumah sakit
 - b. Pengadaan alat-alat kesehatan rumah sakit
 - c. Pengadaan obat-obatan rumah sakit
 - d. Pengadaan Ambulance/ Mobil Jenazah
 - e. Pengadaan peralatan rumah tangga rumah sakit
 - f. Pengadaan bahan-bahan logistik rumah sakit
 - g. Pengadaan bahan laboratorium
 - h. Pengadaan bahan radiologi

- i. Pengadaan gas medis rumah sakit
- j. Pengadaan Perlengkapan Rumah Sakit
- 11. Program : Pemeliharaan, Peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit
Kegiatannya antara lain :
 - a. Pemeliharaan rutin/berkala alat-alat kesehatan rumah sakit
- 12. Program : Pengembangan SDM Kesehatan
Kegiatannya antara lain :
 - a. Peningkatan kinerja pegawai dalam pengembangan SDM Kesehatan Rumah Sakit
 - b. Bimbingan teknis Tenaga Kesehatan
- 13. Program : Sistem Informasi Kesehatan
Kegiatannya antara lain :
 - a. Peningkatan rekam medis
- 14. Program : Peningkatan dan Pengembangan Pengelolaan Keuangan Daerah
Kegiatannya antara lain :
 - a. Peningkatan manajemen Aset/ Barang Daerah.

Dengan akan ditetapkan RSUD dr. Rubini Mempawah sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dan sesuai ketentuan, perlu ditambahkan program untuk menampung seluruh kegiatan yang akan dibiayai dari pendapatan BLUD yaitu Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan BLUD.

Sesuai RPJMD Kabupaten Mempawah, terdapat 15 (lima belas) program Bidang Kesehatan yang dalam hal ini diemban oleh RSUD dr. Rubini Mempawah yaitu:

1. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan
2. Meningkatnya kualitas kesehatan ibu, anak dan Lansia
3. Upaya Kesehatan Masyarakat
4. Perbaikan Gizi Masyarakat
5. Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular
6. Standarisasi Pelayanan Kesehatan
7. Pengadaan, Peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit
8. Pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit
9. Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin
10. Pengembangan SDM Kesehatan
11. Keluarga Berencana
12. Pelayanan kontrasepsi
13. Peningkatan penanggulangan narkoba, PMS termasuk HIV/AIDS
14. Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak

Diperlukan koordinasi antara pihak RSUD dr. Rubini Mempawah dengan pihak Pemerintah Kabupaten Mempawah yang mengurus bidang penganggaran dalam hal ini Dinas Pendapatan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah Kabupaten Mempawah agar terjadi sinkronisasi kebijakan dan program antar keduanya.

Seluruh program dan kegiatan yang ada di RSUD dr. Rubini Mempawah dapat diberdayakan dalam rangka pencapaian SPM. Agar lebih fokus pada pencapaian SPM yang belum memenuhi standar, RSUD dr. Rubini Mempawah perlu menambah kegiatan-kegiatan dalam program tersebut disertai dengan pengalokasian anggaran yang memadai. Kegiatan tersebut diusulkan kepada Pemerintah Kabupaten Mempawah untuk ditampung dalam perencanaan penganggaran.

BAB IV

SISTEM AKUNTABILITAS KINERJA

A. RENCANA STRATEGIS DAN PENGANGGARAN SPM

Rencana Strategis (RENSTRA) RSUD dr. Rubini Mempawah disusun untuk jangka waktu **5 (lima) tahun yaitu periode 2015 - 2019**. Penyusunan renstra RSUD dr. Rubini Mempawah mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Pemerintah Kabupaten Mempawah periode **2015 - 2019**.

RSUD dr. Rubini Mempawah baru menetapkan rencana pencapaian SPM **pada tahun 2016**, sehingga diperlukan revisi Renstra RSUD dr. Rubini Mempawah periode 2015 - 2019 dengan memasukkan rencana pencapaian SPM.

Upaya pencapaian SPM telah sejalan dengan rencana kebijakan pemerintah daerah pada rumah sakit, sebagaimana tertuang dalam RPJMD, yaitu kebijakan **“Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan dan Akses Masyarakat Terhadap Pelayanan Kesehatan”**.

Pemenuhan atas kekurangan capaian standar ditetapkan sebagai bagian dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUD dr. Rubini Mempawah. Dalam RSB ditetapkan pendanaan yang dibutuhkan dalam rangka pencapaian SPM yang belum memenuhi standar. Berdasarkan uraian hal-hal yang menjadi hambatan dalam pencapaian SPM yang telah diuraikan pada bagian sebelumnya, usulan program dan kegiatan yang diperlukan untuk mencapai pelayanan yang sesuai SPM adalah sebagai berikut :

	Uraian	Tahun				
		2017	2018	2019	2020	2021
Kegiatan Program	Pengadaan alat kesehatan RS	250.000.000	250.000.000	250.000.000	250.000.000	250.000.000
	Total	250.000.000	250.000.000	250.000.000	250.000.000	250.000.000
Uraian Kegiatan	Pengadaan alat kesehatan pada Instalasi Gawat Darurat dan Rawat Jalan; Pengadaan Alat					
	Uraian	Tahun				
		2017	2018	2019	2020	2021
Kegiatan Program	Pengadaan Fasilitas Dokter Spesialis	2.838.000.000	88.000.000	110.000.000	110.000.000	132.000.000
	Total	2.838.000.000	88.000.000	110.000.000	110.000.000	132.000.000
Uraian Kegiatan	Pengadaan Rumah Dinas Dokter Spesialis, Pengadaan Kendaraan Dinas Dokter Spesialis.					
	Uraian	Tahun				
		2017	2018	2019	2020	2021
Kegiatan Program	Pelatihan/Bimbingan Teknis/Sertifikasi Tenaga Kesehatan	330.000.000	-	-	-	-
	Total	330.000.000	-	-	-	-
Uraian Kegiatan	Sertifikasi petugas gawat darurat; Pelatihan Tim PONEK, Penanganan BBLR, Petugas ICU,					
	Uraian	Tahun				
		2017	2018	2019	2020	2021
Kegiatan Program	Peningkatan Rekam Medis	7.500.000	7.500.000	7.500.000	7.500.000	7.500.000
	Total	7.500.000	7.500.000	7.500.000	7.500.000	7.500.000
Uraian Kegiatan	Rapat Koordinasi penyusunan format baku pengisian rekam medis					
	Uraian	Tahun				
		2017	2018	2019	2020	2021
Kegiatan Program	Subsidi Pasien Tidak Mampu	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000
	Total	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000	50.000.000
Uraian Kegiatan	Pemberian subsidi pasien tidak mampu yang belum terdaftar sebagai peserta JKN					
	Uraian	Tahun				
		2017	2018	2019	2020	2021
Kegiatan Program	Rapat Koordinasi	7.500.000	7.500.000	7.500.000	7.500.000	7.500.000
	Total	7.500.000	7.500.000	7.500.000	7.500.000	7.500.000
Uraian Kegiatan	Rapat untuk menindaklanjuti hasil pertemuan direksi; Rapat peningkatan kinerja RS, Rapat					

	Uraian	Tahun				
		2017	2018	2019	2020	2021
Kegiatan Program	Evaluasi dan pengembangan standar pelayanan kesehatan Rumah Sakit	12.000.000	12.000.000	12.000.000	12.000.000	12.000.000
	Total	12.000.000	12.000.000	12.000.000	12.000.000	12.000.000
Uraian Kegiatan	Evaluasi pencapaian SPM					
	Uraian	Tahun				
		2017	2018	2019	2020	2021
Kegiatan Program	Peningkatan Pelayanan Kesehatan BLUD	345.000.000	825.000.000	825.000.000	825.000.000	825.000.000
	Total	345.000.000	825.000.000	825.000.000	825.000.000	825.000.000
Uraian Kegiatan	Pengadaan Pegawai; Pengadaan Rumah Dinas Dokter Spesialis, Pengadaan Kendaraan Dinas Dokter Spesialis, Pendidikan dan Pelatihan, Reward and Punishment					

B. MONITORING, PEMBINAAN DAN PENGAWASAN PELAKSANAAN SPM

Dalam rangka mencapai efektivitas dan efisiensi maka terhadap pelaksanaan SPM perlu dilakukan pembinaan, monitoring dan pengawasan. Pelaksanaan pembinaan, monitoring dan pengawasan pelaksanaan SPM adalah sebagai berikut:

1. Monitoring

- a. Monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada RSUD dr. Rubini Mempawah dilakukan oleh Bupati Mempawah.
- b. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan standar pelayanan minimal tersebut dapat dilakukan oleh Tim Akreditasi Rumah Sakit Wilayah dan/atau Dinas Kesehatan Kabupaten Mempawah secara berkala.
- c. Hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai standar pelayanan minimal dilaporkan kepada Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan melalui Gubernur Kalimantan Barat selaku wakil pemerintah di daerah.

2. Pembinaan

- a. Pembinaan teknis RSUD dr. Rubini Mempawah dilakukan oleh Bupati Mempawah melalui Sekretaris Daerah.
- b. Pembinaan tersebut dapat berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup :

- 1) Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM,
 - 2) Penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM,
 - 3) Penilaian prestasi kerja pencapaian SPM,
 - 4) Pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.
- c. Pembinaan keuangan RSUD Kabupaten Mempawah dilakukan oleh PPKD.
3. Pengawasan
- a. Bupati Mempawah melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai Standar Pelayanan Minimal pada RSUD dr. Rubini Mempawah.
 - b. Bupati Mempawah menyusun dan menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai Standar Pelayanan Minimal RSUD dr. Rubini Mempawah kepada Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan melalui Gubernur Kalimantan Barat.
 - c. Pengawasan internal atas implementasi SPM di RSUD dr. Rubini Mempawah dilakukan oleh Satuan Pengawas Intern (SPI) yang berkedudukan langsung di bawah Direktur RSUD Kabupaten Mempawah.
 - d. SPI bersama-sama jajaran manajemen RSUD dr. Rubini Mempawah menciptakan dan meningkatkan pengendalian intern.
 - e. Fungsi pengendalian intern adalah membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.
 - f. Berdasarkan laporan dari SPI, manajemen rumah sakit secara periodik (semesteran/tahunan) membuat laporan pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit sesuai SPM yang ditetapkan, yang disampaikan ke Bupati Mempawah yang akan menjadi bahan pengawasan, dan menjadi bahan bagi Bupati Mempawah dalam membuat laporan pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit sesuai SPM dalam LAKIP Kabupaten Mempawah.

Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD dr. Rubini Mempawah, selain dilakukan oleh Bupati, pejabat pembina dan SPI dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Dewan Pengawas adalah organ dalam RSUD dr. Rubini Mempawah yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan RSUD dr. Rubini Mempawah.

Namun demikian, untuk kondisi saat ini RSUD dr. Rubini Mempawah belum perlu membentuk Dewan Pengawas. Hal ini sesuai dengan Permendagri 61 Tahun 2007 dan Permenkeu No. 109/PMK.05/2007 tentang Dewan Pengawas BLU bahwa pembentukan Dewan Pengawas berlaku pada BLU yang memiliki:

1. Realisasi nilai omzet tahunan menurut laporan realisasi anggaran tahun terakhir, minimum sebesar Rp. 15.000.000.000,00 (lima belas miliar rupiah), dan/atau
2. Nilai aset menurut neraca, minimum sebesar Rp. 75.000.000.000,00 (tujuh puluh lima miliar rupiah).

C. PENGUKURAN CAPAIAN SPM DAN EVALUASI PELAKSANAAN SPM

Mengacu pada kondisi awal pencapaian SPM (Juli 2016), dari SPM yang telah ditetapkan belum seluruhnya tercapai pada tahun 2016 sehingga RSUD dr. Rubini Mempawah perlu menetapkan capaian untuk tahun-tahun berikutnya termasuk terhadap SPM yang telah tercapai di tahun 2016 perlu dipertahankan dan bahkan ditingkatkan.

Pengukuran capaian dan evaluasi SPM harus dilaksanakan secara berkelanjutan oleh pihak RSUD dr. Rubini Mempawah sehingga dapat diketahui terjadinya penurunan atau peningkatan SPM. Dengan demikian RSUD dr. Rubini Mempawah dapat segera mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk memperbaikinya.

Dalam melakukan pengukuran dan evaluasi SPM, hal-hal yang perlu diperhatikan adalah:

1. Personil yang melakukan pengukuran capaian SPM setiap jenis pelayanan.
2. Personil yang menyusun laporan capaian SPM tingkat rumah sakit.
3. Pihak yang melakukan evaluasi SPM.
4. Waktu dan frekuensi pengukuran dan evaluasi SPM.

Kegiatan pengukuran kinerja dapat dikelompokkan sebagai berikut:

Penanggung jawab/penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala instalasi, ketua komite medik, komite mutu, tim mutu
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan, tiga bulan sekali, enam bulan sekali
Periode analisis	:	Setiap bulan, tiga bulan sekali, enam bulan sekali

Selain itu, untuk keperluan pengukuran dan evaluasi diperlukan data yang akurat yaitu data riil yang terjadi di rumah sakit sehingga hasil pengukuran sesuai dengan standar yang ditetapkan. Untuk itu diperlukan data yang dihasilkan dari sistem informasi yang diterapkan oleh RSUD dr. Rubini Mempawah seperti:

1. Sistem informasi kepegawaian.
2. Sistem informasi pencatatan medis.
3. Sistem informasi penagihan/pembayaran.
4. Sistem informasi persediaan.
5. Sistem informasi pengelolaan barang.

Kondisi saat ini RSUD dr. Rubini Mempawah belum memiliki sistem informasi sebagaimana disebutkan di atas. Oleh karena itu untuk pengukuran SPM dapat menggunakan data manual yang disusun oleh setiap unit kerja.

Hal penting yang harus diingat adalah bahwa pengukuran SPM tetap harus mengacu atau berpedoman pada profil indikator SPM yang telah ditetapkan sebagaimana telah diuraikan sebelumnya tentang indikator dan standar setiap jenis pelayanan. Dengan demikian hasil dari pengukuran SPM tersebut sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

BAB V P E N U T U P

Standar Pelayanan Minimal yang telah ditetapkan mutlak dilaksanakan oleh RSUD dr. Rubini Mempawah dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat maupun dalam pengelolaan rumah sakit. RSUD dr. Rubini Mempawah harus mengoptimalkan sumber daya yang dimilikinya agar SPM dapat dicapai sebagaimana target waktu yang telah ditetapkan.

SPM yang telah ditetapkan menjadi titik awal RSUD dr. Rubini Mempawah dalam memperbaiki kinerja pengelolaan rumah sakit terutama dalam bidang pelayanan kesehatan masyarakat. Penetapan standar pelayanan menjadi tanggung jawab seluruh komponen rumah sakit dalam pelaksanaannya sehingga pencapaian dan peningkatan standar pelayanan menjadi tolok ukur keberhasilan RSUD dr. Rubini Mempawah.

Koordinasi RSUD dr. Rubini Mempawah dengan pemangku kepentingan yaitu Pemerintah Kabupaten Mempawah dalam pencapaian SPM menjadi tugas yang perlu dilaksanakan dalam rangka sinkronisasi program dan kegiatan antara RSUD dr. Rubini Mempawah dengan Pemerintah Kabupaten Mempawah serta diperolehnya komitmen yang berkesinambungan dalam meningkatkan kinerja RSUD dr. Rubini Mempawah dalam meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat Kabupaten Mempawah.

Diundangkan di Mempawah
pada tanggal
SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN MEMPAWAH

MOCHRIZAL

BERITA DAERAH KABUPATEN MEMPAWAH
TAHUN NOMOR

BUPATI MEMPAWAH,


RIA NORSAN