



**BUPATI MINAHASAUTARA
PROPINSISULAWESI UTARA**

PERATURAN BUPATI MINAHASA UTARA

NOMOR 32. TAHUN 2018

**TENTANG
PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MARIA WALANDA MARAMIS
KABUPATEN MINAHASA UTARA TAHUN 2018-2022**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI MINAHASA UTARA,

- Menimbang: a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten. Hal ini berarti bahwa Pemerintah Kabupaten bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan di wilayahnya;
- b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu Rumah Sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
- c. bahwa Rumah Sakit Daerah yang akan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah harus memenuhi persyaratan administratif dengan membuat Standar Pelayanan Minimal yang harus ditetapkan oleh Kepala Daerah.
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan dalam huruf b dan huruf c di atas maka perlu menetapkan Peraturan Bupati Minahasa Utara tentang Standar}

Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis
Kabupaten Minahasa Utara.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851);
 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
 3. Undang-undang Nomor 33 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Minahasa Utara di Propinsi Sulawesi Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 148, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4343);
 4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
 5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
 6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
 7. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
 8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 9. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5073);
 10. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
 11. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);~

12. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4594);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
16. 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);
17. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/SK/ Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/ /III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan Daerah;
23. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 507/Menkes/SK/IV/2010 tentang Penetapan Kelas RSUD Maria Walanda Maramis; ~

25. Peraturan Daerah Kabupaten Minahasa Utara Nomor 10 Tahun 2011 tentang Organisasi dan Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara;
26. Peraturan Daerah Kabupaten Minahasa Utara Nomor 7 Tahun 2017 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Minahasa Utara Tahun Anggaran 2018;
27. Peraturan Daerah Kabupaten Minahasa Utara Nomor 73 Tahun 2017 tentang Penjabaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Minahasa Utara Tahun Anggaran 2017;

MEMUTUSKAN :

MENETAPKAN PERATURAN BUPATI MINAHASA UTARA TENTANG
PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH MARIA WALANDA MARAMIS KABUPATEN
MINAHASA UTARA TAHUN 2018-2022

BABI

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Minahasa Utara.
2. Bupati adalah Bupati Minahasa Utara.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati Minahasa Utara dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah.
4. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan non medik, pelayanan keperawatan, pelayanan rujukan, pelaksanaan pendidikan dan pelatihan, pengembangan pelayanan, pengabdian masyarakat dan pelayanan administrasi.
5. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang

diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara kepada masyarakat.

6. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
7. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
8. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar World Health Organization.
9. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/ kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
10. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
11. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
12. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
13. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
14. Pembilang (*numerator*) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
15. Penyebut (*denominator*) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
16. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
17. 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

Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggung-jawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Pasal 3

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

BAB III TOGAS DAN FUNGSI

Pasal 4

Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan paripurna, pendidikan serta pelatihan.

Fungsi

Pasal 5

Selain Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara juga menyelenggarakan fungsi:

- a. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui kesehatan paripurna tingkat sekunder dan tersier;
- b. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan dalam rangka meningkatkan kemampuan sumber daya manusia dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- c. Pelaksanaan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan;
- d. Pelaksanaan administrasi rumah sakit. !

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

Pasal 6

Jenis pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara meliputi :

1. Pelayanan Gawat Darurat;
2. Pelayanan Rawat Jalan ;
3. Pelayanan Rawat Inap;
4. Pelayanan Kamar Operasi;
5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
6. Pelayanan *Intensive Care Unit*;
7. Pelayanan Radiologi;
8. Pelayanan Laboratorium;
9. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
10. Pelayanan Farmasi;
11. Pelayanan Gizi;
12. Pelayanan Keluarga Miskin;
13. Pelayanan Rekam Medik;
14. Pelayanan Kesehatan Lingkungan;
15. Pelayanan Administrasi dan Manajemen;
16. Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah;
17. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
18. Pelayanan *Laundry*;
19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
20. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
21. Pelayanan Transfusi Darah.

**Indikator, Standar Nilai, Batas Waktu Pencapaian
dan Uraian Standar Pelayanan Minimal**

Pasal 7

Indikator, Standar Nilai, Batas Waktu Pencapaian dan Uraian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud, tercantum dalam Lampiran 1 dan Lampiran 2 Peraturan Bupati ini. *ff*

**BABY
PELAKSANAAN**

Pasal 8

- (1). Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Bupati ini.
- (2). Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3). Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB VI
PENERAPAN

Pasal 9

- (1) Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu

Pembinaan

Pasal 10

- (1) Pembinaan Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara dilakukan oleh Kepala Daerah melalui Sekretaris Daerah. *cf*

- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
- a). Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
 - b). Penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 - c). Penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal; dan
 - d). Pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

Bagian Kedua Pengawasan

Pasal 11

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara.

Pasal 12

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada Pasal 9 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 13

Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud Pasal 8 dan Pasal 9, dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 14

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara. ~

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 15

Peraturan Bupati ini berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang dapat mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan menempatkannya dalam Berita Daerah Kabupaten Minahasa Utara.

Ditetapkan di : Airmadidi
pada tanggal 2. JIAR.1:i 2.018

BUPATI MINAHASA UTARA

VONNIE ANNEKE





Diundangkan : di Ainnadidi
Pada tanggal : 2. Mt\~r 2.016

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN MINAHASA UTARA

■■ =:::(., 1 ~-----

JEMMYHKUHU

BERITA DAERAH KABUPATEN MINAHASA UTARA TAHUN 2018 NOMOR 32.

PARAF KOORDINASI	
Kasie. Pelayanan Medis	
Direktur RSUD M.W. Maramis	
Kepala Bagian Hukurn	
Asisten Bidang Administrasi Umum	
Sekretaris Daerah Kabupaten	
Wakil Bupati Minahasa Utara	
Bupati Minahasa Utara	Dengan Hormat untuk ditandatangani

LAMPIRAN II PERATURANBUPATI MINAHASA UTARA

NOMOR

TANGGAL JANUARI 2018

TENTANG : PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

UMUM DAERAH MARIA WALANDA MARAMIS KABUPATEN

MINAHASA UTARA TAHUN 2018-2022

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. Pelayanan Gawat Darurat

Indikator	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i>
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Sumberdata	Rekam Medik di Unit Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator	Jam buka pelayanan gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat darurat 24 jam di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam
Frekuensipengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatifjam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumberdata	Laporan bulanan
Standar	24jam
Penanggung jawab oenzumnul data	Kepala Unit Gawat Darurat

LAMPIRAN II PERATURAN BUPATI MINAHASA UTARA
NOMOR : 2- T-Or-t 2018
TANGGAL : 1 MARET 2018
TENTANG : PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH MARIA WALANDA MARAMIS KABUPATEN
MINAHASA UTARA TAHUN 2018-2022

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. Pelayanan Gawat Darurat

Indikator		Kemampuan menangani <i>lifesaving</i> di Gawat Darurat
Dirnensi mutu		Keselamatan
Tujuan		Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi operasional		<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan JiWa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i>
Frekuensi pengumpulan data		Setiap bulan
Periode analisis		Tiga bulan sekali
Numerator		Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator		Jumlah seluruh pasien yang memerlukan pelayanan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Sumber data		Rekam Medik di Unit Gawat Darurat
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator		Jam buka pelayanan gawat darurat
Dimensi Mutu		Keterjangkauan
Tujuan		Tersedianya pelayanan Gawat darurat 24 jam di rumah sakit
Definisi Operasional		Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator		Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data		Laporan bulanan
Standar		24jam
Penanggungjawab pengumpul data		Kepala Unit Gawat Darurat

Indikator		Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikasi BLS/PPGD/GELSALS
Dimensi Mutu		Kompetensi teknis
Tujuan		Tersedianya pelayanan Gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional		Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS.
Frekuensipengumpulan data		1 Bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ ACLS/ PPGD
Denominator		Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data		Unit Gawat Darurat
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Gawat Darurat

C

Indikator		Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi mutu		Keselamatan dan efektivitas
Tujuan		Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi operasional		Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensipengumpulan data		Setiap bulan
Periode analisis		Tiga bulan sekali
Numerator		Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator		Tidak ada
SumberData		Ruang Unit gawat darurat
Standar		Satu tim
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Gawat Darurat

C

Indikator		Waktutanggap pelayanan dokter di gawat darurat
Dimensi Mutu		Keselamatan dan efektifitas
Tujuan		Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat

Definisi Operasional		Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter.
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator		Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n= 50)
Sumber data		Sample
Standar		≤ 5 menit
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator		Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu		Kenyamanan
Tujuan		Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional		Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data		Setiap bulan
Periode analisis		Tiga bulan sekali
Numerator		Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survai
Denominator		Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survai (minimal n = 50)
Sumber data		Survai
Standar		> 70%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Unit Gawat Darurat

Indikator		Kematian pasien ~ 24 jam di UGD
Dimensi Mutu		Keselamatan dan efektifitas
Tujuan		Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional		Kematian ~ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi pengumpulan data		3 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

Indikator	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka
Dimensi mutu	Akses dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medik yang akan diberikan
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Pelayanan Rawat Jalan

Indikator	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik adalah dokter spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan poliklinik oleh tenaga dokter spesialis/umum/gigi yang kompeten
Definisi Operasional	Poliklinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka poliklinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka poliklinik spesialis dalam 1 bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indik:ator		Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu		Aleses
Tujuan		Tersedianya pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional		Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan yang dilaksanakan di rumah sakit yaitu: poliklinik anak, kebidanan & kandungan, penyakit dalam, bedah.
Frekuensipengurnpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jenis-jenis pelayanan rawatjalan yang ada
Denominator		Tidak ada
Sumberdata		Register rawat jalan
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indik:ator		Jam buka pelayanao sesuai keteotua0
Dimensi Mutu		Alceses
Tujuan		Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik umum/gigi pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi Operasional		Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis umum/gigi
Frekuensipengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik/umum/gigi yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator		Jurnlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik: umum/gigi dalarn satu bulan
Sumberdata		Register rawat jalan
Standar		08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 s/d 11.00
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator		Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu		Aleses
Tujuan		Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik/umum/gigi

		pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional		Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai dari pasien datang di poliklinik Rawat Jalan sampai diperiksa oleh dokter di poliklinik Rawat Jalan
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator		Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumberdata		Register rawat jalan
Standar		S 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator		KepuasanPelanggan
Dimensi mutu		Kenyamanan
Tujuan		Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional		Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data		Setiap bulan
Periode analisis		Tiga bulan sekali
Numerator		Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survei
Denominator		Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n= 50)
Sumberdata		Survei
Standar	 90%
Penanggung jawab pemrumoul data		Kepala Instalasi Rawat Jalan

Indikator		Penegakandiagnosis Tuberkulosismelalui pemeriksaamikroskopis Tuberkulosis
Dimensi Mutu		Efektifitas, keselamatan
Tujuan		Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional		Penegakaan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat ialan
FrekuensiPengumpulan data		3 bulan
Periode analisa		3 bulan

Numerator		Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator		Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumberdata		Rekam medik
Standar		~60%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat jalan

Indikator		Terlaksananya kegiatan pencatatandan pelaporanTB di rumahsakit
Dimensi Mutu		Efektifitas
Tujuan		Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional		Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data		3 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator		Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumberdata		Rekam medik
Standar		~60%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Pelayanan Rawat Inap

Indikator		Pemberi pelayanan di rawat inap
Dimensi mutu		Kompetensi teknis
Tujuan		Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional		Pemberi pelayanan rawat inap ialah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal O3)
Frekuensi pengumpulan data		6 bulan
Periode analisis		6 bulan
Numerator		Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator		Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap

Sumber data		Kepegawaian
Standar		100 %
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala instalasi rawat inap

Indikator		Dokter penanggung jawab pasien
Dimensi mutu		Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan		Terseclianya pelayanan rawat map yang terkoorclinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi operasional		Penanggung jawab rawat map adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Numerator		Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator		Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data		Rekam Medik
Standar		100 %
Penanggung jawab pengurnpul data		Kepala Instalasi Rawat Inap

Indikator		Ketenediaan pelayanan rawat inap (Anak, Kebidanan & Kandungan, Dalam, Bedah)
Dimensi mutu		Akses
Tujuan		Tersedianya jenis pelayanan rawat map yang minimal harus ada di rum.ah sakit
Definisi operasional		Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rum.ah sakit yang cliberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data		3 bulan
Periode analisis		3 bulan
Numerator		Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatit)
Denominator		Tidak ada
Sumber data		Register rawat inap
Standar		100 %
Penanggung jawab pengurnpul data		Kepala Instalasi Rawat Inap

Indikator		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu		Keselamatan pasien
Tujuan		Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional		Kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		1 bulan
Numerator		Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator		Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data		Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat Inap

0

Indikator		Jam <i>visite</i> dokter spesialis
Dimensi mutu		Alcses, kesinambungan pelayanan
Tujuan		Tergambarnya kepedulian tenaga medik terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi operasional		<i>Visite</i> dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antarajam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi pengumpulan data		Tiap bulan
Periode analisis		Tiap tiga bulan
<i>Numerator</i>		Jumlah <i>visite</i> dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
<i>Denominator</i>		Jumlah pelaksanaan <i>visite</i> dokter spesialis yang disurvei
Sumberdata		Survai
<i>Standar</i>		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat Inap

0

Indikator		Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu		Keselamatan dan efektivitas
Tujuan		Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit

C

		yang aman dan efektif
Definisi operasional		Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap di rumah sakit
Frekuensi penguinpulan data		1 bulan
Periode analisis		1 bulan
Numerator		Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator		Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumberdata		Rekam Medik
Standar		<0,24 %
Penanzzunz jawab		Kepala Instalasi Rawat Inap

0

Indikator		Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu		Efektivitas, keselamatan
Tujuan		Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional		Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi pengumpulan data		3 bulan
Periode analisis		3 bulan
Numerator		Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator		Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumberdata		RekamMedik
Standar		> 100%
Penanzzuna iawab		Kepala Instalasi Rawat Inap

Indikator		Terlaksananya kegiatan pencatatandan pelaporanTB di rumahsakit
Dimensi mutu		Efektivitas
Tujuan		Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi operasional		Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data		3 bulan
Periode analisis		3 bulan
Numerator		Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator		Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit

Sumber data		Rekam Medik
Standar		~ 100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat Inap

Indikator		Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu		Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan		Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional		Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah pasien pulang pak:sa dalam satu bulan
Denominator		Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data		Rekam medik
Standar		~5%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rawat Inap

Indikator		Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu		Kenyamanan
Tujuan		Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional		Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Numerator		Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survai (dalam prosen)
Denominator		Jumlah total pasien yang di survai (n minimal = 50)
Sumber data		Survai
Standar		<90%
Penanggung jawab		Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Pelayanan Kamar Operasi

Indikator		Waktu tunggu operasi elektif ~ 2 hari
Dimensi mutu		Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi

Tujuan		Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi operasional		Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Numerator		Jumlah kumulatif waktu tunggu (hari) operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator		Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data		Rekam Medik
Standar		S 2 hari
Penanggung jawab		Kepala Kamar Operasi

Indikator		Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu		Keselamatan, efektifitas
Tujuan		Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional		Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan dan sentinel event
Periode analisa		1 bulan dan sentinel event
Numerator		Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan.
Denominator		Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan tersebut
Sumber data		Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar		< 1 %
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Kamar Operasi

Indikator		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 pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi

C

	adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frek:uensipengumpulan data	1 bulan dan sentinel <i>event</i>
Periode analisa	1 bulan dan sentinel <i>event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan tersebut
Sumberdata	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Kamar Operasi

Indikator	Tidakadanyakejadianoperasisalahorang
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
Frek:uensipengumpulan data	1 bulan dan sentinel <i>event</i>
Periode analisa	1 bulan dan sentinel <i>event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jurnlah pasien yang dioperasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan tersebut
Sumberdata	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Kamar Operasi

O

Indikator	Tidakadanyakejadianssalah tindakanpadaoperasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frek:uensipengumpulan data	1 bulan dan sentinel <i>event</i>

Periode analisa	1 bulan dan sentinel <i>event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Kamar Operasi

Indikator	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 sentinel <i>event</i>
Periode analisa	1 bulan dan sentinel <i>event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Kamar Operasi

Indikator	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya 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 overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan.

Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	~6%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Kamar Operasi

5. Pelayanan Persalinan

Indikator	Kejadian kematian ibu karenapersalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklampsia, eklampsia dan sepsis</p> <p>Pendarahan: adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua kala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dari dua dan tiga tanda, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none">- Tekanan Daerah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg- Protein uria > 5 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif- Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan akibat perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia, atau sepsis (masing-masing penyebab)
Sumberdata	Rekammedik
Standar	Pendarahan :S 1%, pre-eklampsia/eklampsia :S 30 %, Sepsis :S0,2 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

C

Indikator		Pemberipelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu		Kornpetensi teknis
Tujuan		Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional		Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		1 bulan
Numerator		Jurnlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator		Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber data		Insta\asi Rawat Inap
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

Indikator		Pemberi pelayanan persalinandengan penyulit
Dimensi Mutu		Kompetensi teknis
Tujuan		Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional		Pemberi pelayanan persalinan dengan Tim dengan penyulit PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dokter Sp.A, dengan dokter umurn, bidan dan perawat terlatih. Penyulit dalarn persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan pinggul, pendarahan antepartum, eklampsia dan preeklampsia berat, talipusat menurnbung.
Frekuensi pengurnpulan data		1 bulan
Periode analisa		1 bulan
Numerator		Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit yang ditolong tim PONEK
Denominator		Jurnlah seluruh persalinan dengan penyulit
Sumber data		Instalasi Rawat Inap
Standar		100 %
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

Indikator		Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu		Kompetensi teknis
Tujuan		Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional		Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter Sp.A, dokter Sp. An.
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah tenaga do dokter Sp.OG, dokter Sp.A, dokter Sp. An yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator		Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data		Instalasi Rawat Inap
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

Indikator		Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i>
Dimensi Mutu		Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan		Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional		<i>Seksio cesaria</i> adalah tindakan persalinan melalui pembedahan <i>abdominal bail</i> elektif maupun emergensi
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah persalinan dengan <i>seksio cesaria</i> dalam 1 bulan
Denominator		Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data		Rekammedik
Standar		~20%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

Indikator		Keluarga Berencana Mantap dilakukan oleh tenaga kompeten
Dimensi Mutu		Kompetensi teknis
Tujuan		Tersedianya pelayanan KB mantap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional		Keluarga Berencana Mantap adalah KB yang menzzunakan metode operasi (vasektomi dan tubektomi).

		KB mantap dilakukan oleh tenaga yang kompeten yaitu dokter Sp.OG, dokter Sp.B dan dokter umum terlatih.
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah pasien vasektomi dan tubektomi yang dilayani oleh tenaga kompeten
Denominator		Jumlah Peserta KB
Sumber data		Rekam Medik dan Laporan KB Rumah Sakit
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

Indikator		Peserta Keluarga Berencana Mantap mendapat konseling
Dimensi Mutu		Ketersediaan konseling Kontrasepsi
Tujuan		Mutu dan pelayanan
Definisi Operasional		Konseling KB mantap adalah proses konsultasi antara pasien dengan bidan untuk mendapatkan pelayanan KB mantap
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah peserta yang mendapat konseling KB mantap
Denominator		Jumlah keseluruhan peserta konseling layanan KB mantap
Sumber data		Rekam Medik dan Laporan KB Rumah Sakit
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

Indikator		Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu		Kenyamanan
Tujuan		Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional		Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator		Jumlah total pasien yang di survei (n minimal 50)
Sumber data		Survei

Standar	2: 80 %
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

Pelayanan Perinatologi

Inclikator	Kemampuan menangani BBLR 1500 - 2500 gram
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 g - 2500 g
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 g - 2500 g yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 g - 2500 g yang ditangani
Sumber data	Rekammedik
Standar	100%
Penanzzunz jawab	Kepala Ruang Kebidanan dan Kandungan

6. Pelayanan Intensif

Indikator	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatanintensif dengan kasus yan2 sama < 72 jam
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu bulan
Sumber data	Rekammedik
Standar	~3%
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Ruang ICU

Indikator	Pemberi pelayanan di unitintensif
Dimensi Mutu	Kornpetensi teknis

Tujuan		Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional		Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU, ICCU, PICU/NICU
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		6 bulan
Numerator		Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/PICU, ICCU
Denominator		Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data		Kepegawaian
Standar		100 %.
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Ruang ICU

7. Pelayanan Radiologi

Indikator		Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax
Dimensi Mutu		Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan		Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional		Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator		Jumlah pasien yang di foto <i>rontgen</i> dalam bulan tersebut
Sumber data		Rekammedik
Standar		~3 jam
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Radiologi

Indikator		Pelaksanaan expertisi hasil pemeriksaan rontgen
Dimensi Mutu		Kompetensi teknis
Tujuan		Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan <i>rontgen</i> dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional		Pelaksanaan ekpertisi <i>rontgen</i> adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto <i>rontgen</i> hasil pemeriksaan radiologi. Bukti

C

		pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan nya tanda tangan dok:ter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dok:ter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah foto <i>rontgen</i> yang dibaca dan diverifikasi oleh dok:ter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator		Jumlah seluruh pemeriksaan foto <i>rontgen</i> dalam satu bulan
Sumber data		Register di Instalasi Radiologi
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Radiologi

Indikator		Kejadian kegagalan pelayanan <i>rontgen</i>
Dimensi Mutu		Efektifitas dan efisiensi
Tujuan		Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan <i>rontgen</i>
Definisi Operasional		Kegagalan pelayanan <i>rontgen</i> adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan
Denominator		Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan
Sumber data		Register di Instalasi Radiologi
Standar		~2%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Radiologi

Indikator		Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu		Kenyamanan
Tujuan		Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional		Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator		Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data		Survei

Standar		~80%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Radiologi

8. PelayananLaboratorium

Indikator		Waktutunggu basil pelayanan laboratorium maksimal 140 menit
Dimensi Mutu		Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tuiuan		Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional		Pemeriksaan Laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia Daerah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil <i>sample</i> sampai dengan menerirna hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator		Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumberdata		Survei
Standar		< 140 menit
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Laboratorium

Indikator		Pelaksana expertsi basil pemerksaan laboratorium dokter Sp PK
Dimensi Mutu		Kompetensi teknis
Tujuan		Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional		Pelaksana ekpertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mernpunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengurnpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah hasil laboratorium diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan

Denominator		JumJah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data		Register di Instalasi Laboratorium
Standar		100 %
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Laboratorium

Indikator		Tidak adanyakesalahan penyerahhasil pemeriksaan laboratoriumnatoloji klinik
Dimensi Mutu		Keselamatan
Tujuan		Tergambamya ketelitian pelayanan laboratorium patologi klinik
Definisi Operasional		Kesalahan penyerahan hasil laboratorium patologi klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium patologi klinik dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator		Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium patologi klinik dalam satu bulan tersebut
Sumber data		Rekammedik
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Laboratorium

Indikator		Kepuasanpelanggan
Dimensi Mutu		Kenyamanan
Tujuan		Tergambamya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional		Kepuasan pelanggan adalah pemyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator		Jumlah totasl psien yang disurvei
Sumber data		Survai
Standar		?: 80%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Laboratori um

9. Pelayanan Rehabilitasi Medik

Indikator		Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan
Dimensi Mutu		Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan		Tergambarnya kesinambungan pelayanan Rehabilitasi Medik sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional		<i>Drop out</i> pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data		3 bulan
Periode analisa		6 bulan
Numerator		Jumlah seluruh pasien yang <i>drop out</i> selama 3 bulan
Denominator		Jumlah seluruh pasien yang diprogram Rehabilitasi Medik selama 3 bulan
Sumber data		Rekammedik
Standar		<i>S50%</i>
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

C

Indikator		Tidak adanya kejadian kesalahan Rehabilitasi Medik
Dimensi Mutu		Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan		Tergarnbarnya kejadian kesalahan klinis dalam Rehabilitasi Medik
Definisi Operasional		Kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan Rehabilitasi Medik yang diperkirakan yang tidak sesuai dengan asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan Rehabilitasi Medik
Frekuensipengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		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 di program Rehabilitasi Medik selarna 1 bulan
Sumber data		Rekammedik
Standar		100 %
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

Indikator		Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu		Kenyamanan
Tujuan		Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik
Definisi Operasional		Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah kumulatif kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator		Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data		Survei
Standar		≥ 80%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

10. Pelayanan Farmasi

Indikator		Waktu tunggu pelayanan obat jadi ~ 30 menit
Dimensi Mutu		Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan		Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional		Waktu tunggu hasil pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator		Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data		Survei
Standar		< 30 menit
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Farmasi

Indikator		Waktu tunggu pelayanan obat racikan ~ 60 menit
Dimensi Mutu		Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan		Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional		Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan

Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator		Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data		Survei
Standar		S 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Farmasi

Indikator		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu		Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan		Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional		Kesalahan 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikn dosis 3. Salah orang 4. Salahjumlah
Frekuensipengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator		Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data		Survei
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Farmasi

Indikator		Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu		Kenyamanan
Tujuan		Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional		Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensipengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)

Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (dalam prosen)
Sumber data	Survei
Standar	2.. 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farnasi

Indikator	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tuiuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensipengurnpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium selarna satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalarn satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

11. Pelayanan Gizi

Indikator	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi zizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan iadual yang telah ditentukan
Frekuensipengurnpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang rawat map yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalarn satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	2.. 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

Inclikator		Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu		Efektifitas dan efisien
Tujuan		Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional		Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator		Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data		Survei
Standar		≤ 20%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Gizi

C

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

1111
..)'''-'''

12. Pelayanan Keluarga Miskin

Indikator		Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu		Akses
Tujuan		Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin

Definisi Operasional		Pasien miskin pasien pemegang kartu Jamkesmas, Jamkesda, dan pasien dengan Surat Keterangan Miskin.
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah pasien keluarga miskin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator		Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data		Register pasien
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rekam Medik

13. Pelayanan Rekam Medik

Indikator		Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu		Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan		Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional		Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ~ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat map diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, asuhan keperawatan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator		Jumlah rekam medik yang diisi dalam 1 bulan
Sumber data		Survei
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rekam Medik

Indikator		Kelengkapan <i>informed concent</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 medik yang akan dilakukan

C

Definisi Operasional		<i>Informed concern</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator		Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data		Survei
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rekam Medik

Indikator		Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan
Dimensi Mutu		Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
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 rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data		Tiap bulan
Periode analisa		Tiap tiga bulan
Numerator		Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan diamati
Denominator		Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati
Sumber data		Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar		≤ 10 menit
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rekam Medik

Indikator		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap < 15 menit
Dimensi Mutu		Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan		Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap

Definisi Operasional		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data		Tiap bulan
Periode analisa		Tiap tiga bulan
Numerator		Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Denominator		Total penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data		Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar		< 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Rekam Medik

14. Pelayanan Kesehatan Lingkungan

Indikator		Baku mutu air limbah
Dimensi Mutu		Keselamatan
Tujuan		Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional		Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (<i>Biological Oxygen Demand</i>) : 30 mg/ltr COD (<i>Chemical Oxygen Demand</i>): 80 mg/ltr TSS (<i>Total Suspended Solid</i>) : 30 mg/ltr pH: 6-9
Frekuensi pengumpulan data		3 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit sesuai dengan baku mutu
Denominator		Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data		Hasil pemeriksaan
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

Indikator		Pengolahan limbah padat infeksius sesuai aturan
Dimensi Mutu		Keselamatan
Tujuan		Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit

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

15. Administrai dan Manajmen

Indikator		Tindak lanjut basil penyelesaian tingkat Direksi maksimal 2 hari
Dimensi Mutu		Efektifitas
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 dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Hasil keputusan pertemuan Direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator		Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data		Notulen rapat
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Bagian Tata Usaha, Direktur Rurnah Sakit

C

Inclikator		Kelengkapadaporanakuntabilitaskinerja
Dimensi Mutu		Efektifitas, efisiensi
Tujuan		Tergambanya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional		Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM, indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensipengumpulan data		1 tahun
Periode analisa		1 tahun
Numerator		Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam Satu tahun
Denominator		Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam Satu tahun
Sumber data		Bagian Keuangan
Standar		100 %
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Bagian Tata Usaha, Direktur Rumah Sakit

C

Indikator		Ketepatanwaktupengusulakenaikanpangkat
Dimensi Mutu		Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan		Tergambanya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional		Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam Satu tahun yaitu bulan April dan Nopember
Frekuensipengumpulan data		1 tahun
Periode analisa		1 tahun
Numerator		Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Denominator		Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Sumber data		Bagian Kepegawaian
Standar		100%

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Kepegawaian, Direktur Rumah Sakit
---------------------------------	---

Indikator	Ketepatanwaktupengusulan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektifitas dan kenvarnanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU Nomor 8/1974, UU No 44/1999)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Sumber data	Bagian Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha, Direktur Rumah Sakit

Indikator	Karyawanyang mendapat pelatihanminimal 20 jam pertahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Defi.nisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan di rumah sakit atau di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumberdata	Bazian Kepegawaian
Standar	>60%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha, Direktur Rumah Sakit

Indikator		<i>Cost recovery</i>
Dimensi Mutu		Efisiensi, efektifitas
Tujuan		Tergambarnya tingkat kesehatan rumah sakit
Definisi Operasional		<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan
Denominator		Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data		Bagian Keuangan
Standar		40%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Bagian Tata Usaha, Direktur Rumah Sakit

Indikator		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10
Dimensi Mutu		Efektifitas
Tujuan		Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional		Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data		3 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator		Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber data		Bagian Keuangan
Standar		100 %
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Bagian Tata Usaha, Direktur Rumah Sakit

Indikator		Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maksimal 2 jam
Dimensi Mutu		Efektifitas, kenyamanan

Tujuan		Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran rawat inap
Definisi Operasional		Informasi tagihan pasien rawat map meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data		Tiap bulan
Periode analisa		Tiap 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 satu bulan
Sumber data		Bagian Keuangan
Standar		~2Jam
Penanggungjawab pengumpul data		Kepala Bagian Tata Usaha

C

Indikator		Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu		Efektifitas
Tujuan		Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karvawan
Definisi Operasional		Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensipengumpulan data		Tiap 6 bulan
Periode analisa		Tiap 6 bulan
Numerator		Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator		6
Sumber data		Bagian Keuangan
Standar		~ 100%
Penanggungjawab pengumpul data		Kepala Bagian Tata Usaha, Direktur Rumah Sakit

C

16. Pelayanan Ambulans/ mobil jenazah

Indikator		Waktu pelayanan ambulans/mobil jenazah 24 jam
Dimensi Mutu		Akses
Tujuan		Tersedianya pelayanan ambulans/mobil jenazah jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga yang membutuhkan
Definisi Operasional		Waktu pelayanan ambulans/mobil jenazah adalah penyediaan ambulans jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien /keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data		Setiap bulan
Periode analisa		Tiap 3 bulan
Numerator		Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan
Denominator		Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data		Penanggung Jawab ambulans
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Bagian Tata Usaha

Indikator		Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit < 30 menit
Dimensi Mutu		Kenyamanan, keselamatan
Tujuan		Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans/mobil jenazah
Definisi Operasional		Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan ambulans diajukan oleh pasien /keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans, maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah penyediaan ambulans/mobil jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator		Jumlah seluruh permintaan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan
Sumber data		Catatan penggunaan ambulans
Standar		100 %
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Bagian Tata Usaha

Indikator		Respons time pelayanan ambulan oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi Mutu		Kenyamanan, keselamatan
Tujuan		Tergamarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan ambulan kepada masyarakat yang membutuhkan
Definisi Operasional		Respons time pelayanan arnbulan adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan ambulan diajukan oleh masyarakat/keluarga pasien sampai tersedianya ambulan di tempat kejadian. Dalam kota maksimal 30 menit, luar kota maksimal 60 menit
Frekuensi pengurnpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah penyediaan arnbulan yang tepat dalam waktu dalarn 1 bulan
Denominator		Jurnlah seluruh permintaan ambulan dalam satu bulan
Sumber data		Catatan penggunaan arnbulan
Standar		100 %
Penanggung jawab pengurnpul data		Kepala Bagian Tata Usaha

17. Pelayanan Pemulasanaan Jenasah

Indikator		Waktu tanggap pemulasaranjenasah
Dimensi mutu		Kenyamanan
Tujuan		Tergamarnya kepedulian rurnah sakit terhadap pasien akan pernulasaraan jenasah
Definisi operasional		Waktu tanggap pemulasaraan jenasah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai denganjenasah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi pengurnpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Numerator		Total kumuJatif pelayanan pemulasaraan jenasah pasien yang diamati dalam 1 bulan
Denominator		Total pasien yang diamati dalam 1 bulan
Sumber data		Hasil pengamatan

Standar		~2jam
Penanggung jawab		Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenasah

18. Pelayanan Laundry

Indikator		Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu		Efektifitas dan efisiensi
Tujuan		Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional		Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		1 bulan
Numerator		Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari jumlah sampling dalam satu bulan
Denominator		Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data		Survei
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Laundry

Indikator		Kecepatan waktu penyediaan linen rumah sakit < 24 jam
Dimensi Mutu		Efisiensi dan efektifitas
Tujuan		Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional		Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		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 pengumpul data		Kepala Laundry

19. Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Indikator		Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu		Efektifitas, efisiensi, kesinambungan, pelayanan
Tujuan		Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat
Definisi Operasional		Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit
Denominator		Jumlah seluruh kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data		Catatan laporan kerusakan alat
Standar		2: 80%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Indikator		Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu		Efektifitas, efisiensi, kesinambungan, pelayanan
Tujuan		Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional		Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan atau <i>service</i> untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisa		3 bulan
Numerator		Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (<i>service</i>) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator		Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data		Register pemeliharaan alat
Standar		100%
Penanggung jawab pengumpul data		Kepala Instalasi Pemeliharaann Sarana Rumah Sakit

Indikator		Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan keteotua o kalibrasi
Dimensi Mutu		Keselamatan dan efektifitas
Tujuan		Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional		Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Badan Pengamatan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensipengunipulan data		1 tahun
Periode analisa		1 tahun
Numerator		Jumlah seluruh alat laboratoriu rn yang dikalibrasi tepat waktu dalam Satu tahun
Denominator		Jumlah alat laboratoriu rn yang perlu dikalibrasi dalam Satu tahun
Sumberdata		Buku register
Standar		100%
Penanggungj awab pengumpul data		Kepala Instalasi Pemeliharaaann Sarana Rurnah Sakit

20. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Indikator		Ada anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu		Kompetensi teknis
Tujuan		Tersedianya anggota Tim PPI RS yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas PPI RS
Definisi operasional		Adalah anggota Tim PPI RS yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data		Setiap 1 bulan
Periode analisis		Setiap 1 tahun
Numerator		Jumlah anggota Tim PPI RS yang sudah terlatih
Denominator		Jumlah anggota Tim PPI RS
Sumberdata		Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
Standar		≥75%
Penanggung jawab		Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Indikator		Tenedianya Alat Pelindung Diri disetiap Instalasi
Dimensi mutu		Mutu pelayanan, keamanan pasien, peugas dan pengunjung

0

Tujuan		Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi operasional		Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu <i>boots</i> dan gaun.
Frekuensi pengumpulan data		Setiap hari
Periode analisis		1 bulan
Numerator		Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator		Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data		Survei
Standar		~60%
Penanggung jawab		Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

0

Indikator		Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi noskomial / HAI (<i>Health care Associated Infection</i>) di rumah sakit
Dimensi mutu		Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan		Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi operasional		Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (<i>check list</i>) pada instalasi yang tersedia di RS. Minimal 1 parameter (ILO/infeksi luka operasi, ILI/infeksi luka infus, VAP/ <i>ventilator associated pneumonie</i> , ISK/infeksi saluran kemih)
Frekuensi pengumpulan data		Setiap hari
Periode analisis		1 bulan
Numerator		Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator		Jurnlah instalasi yang tersedia
Sumber data		Survei
Standar		~75 %
Penanomlnoja'Wab		Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Indikator		Kejadian infeksi daerah operasi
Dimensi mutu		Keselamatan, kenyamanan
Tujuan		Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan paska operasi
Definisi operasional		infeksi daerah operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai dengan rasa panas (<i>kalor</i>), kemerahan (<i>rubor</i>), pengerasan (<i>tumor</i>), dan keluarnya nanah (<i>pus</i>) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam

Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Numerator		Jumlah pasien yang mengalami infeksi paska operasi dalam satu bulan
Denominator		Jurnlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Sumber data		Survei
Standar		~1,5 %
Penanggung jawab		Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Indikator		Angka infeksi alirandarahPrimer
Dimensi mutu		Keselamatan, kenyamanan
Tujuan		Tergambarnya pelaksanaan pemasangan dan perawatan daerah pemasangan infus
Definisi operasional		infeksi aliran darah Primer adalah infeksi yang terjadi akibat pemasangan infus
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Numerator		Jurnlah pasien yang terjadi infeksi aliran darah perifer akibat pemasangan infus dalam satu bulan
Denominator		Jumlah seluruh pasien berisiko terjadi infeksi aliran darah perifer dalam 1 bulan
Sumber data		Survei
Standar		S 1,5 %
Penazzunz iawab		Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

21. Pelayanan TransfusiDarah

Indikator		Kebutuhandarahbagi setiap pelayanantransfui
Dimensi mutu		Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan		Agar pasien mendapatkan darah sesuai dengan kebutuhannya
Definisi operasional		Kemampuan bank darah rumah sakit dalam memenuhi permintaan kebutuhan darah
Frekuensi pengumpulan data		1 bulan
Periode analisis		3 bulan
Numerator		Jurnlah permintaan kebutuhan darah yang dapat terpenuhi 1 bulan
Denominator		Jurnlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan






Sumber data		Survai
Standar		~ 100%
Penanggung jawab		Yang bertanggungjawab terhadap pengelolaan bank darah

Indikator		Kejadianreaksi transfusidarrah
Dimensi mutu		Keselamatan
Tujuan		Tergambarnya manajernen risiko pada pelayanan bank darah
Definisi operasional		Reaksi transfusi adalah kejadian yang tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai atau gangguan system imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi pengumpulan data		3 bulan
Periode analisis		3 bulan
Numerator		Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator		Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumberdata		Rekam medis
Standar		0%
Penanggung jawab		Kepala Instalasi Rawat Inap

BUPATI MINAHASA UTARA

VONNIE ANNEKE

IAN

PARAF KOORDINASI	
Kasie. Pelayanan Medis	
Direktur RSUD M.W. Maramis	
Kepala Bagian Hukum	
Asisten Bidang Administrasi Umum	
Sekretaris Daerah Kabupaten	
Wakil Bupati Minahasa Utara	
Bupati Minahasa Utara	Dengan Hormat untuk ditandatangani

LAMPIRAN I PERATURAN BUPATI MINAHASA UTARA

NOMOR

TANGGAL: JANUARI 2018

TENTANG : PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MARIA WALANDA MARAMIS KABUPATEN MINAHASA UTARA TAHUN 2018-2022

/

STANDARD PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MARIA WALANDA MARAMIS

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal	RENCANA CAPAIAN SPM					Penanggung jawab
					2018	2019	2020	2021	2022	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Pelayanan Gawat Darurat	1. Kemampuan Menangani Live Saving di UGO	100%	50%	60%	70%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat darurat
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24jam	24jam	24jam	24jam	24jam	24jam	24jam	Kepala Instalasi Gawat darurat
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS /BTLS /ACLS/PPGD	100%	15%	20%	25%	30%	40%	50%	Kasubag Kepegawaian dan Diklat
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	belum ada	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	Kepala Instalasi Gawat darurat
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	~ 5 menit terlayani, setelah pasien	10 menit	6 menit	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit	Kepala Instalasi Gawat darurat Ketua Tim Mutu/ Panitia Mutu
		6. Kepuasan pelanggan	~ 70%	Belum dilakukan	50%	60%	70%	80%	90%	formulir survey belum berjalan

LAMPIRAN I PERA TURAN BUP ATI MINAHASA UTARA
NOMOR : 32 TA.~u\~20~
TANGGAL : 2. MARET 2018
TENT ANG : PENCAP AIAN STAND AR PELAY ANAN },f\NIMAL RUMAH SAK.IT UMUM DAERAH MARIA
WALAND A MARAMIS KABUP ATEN MINAHASA UTARA TAHUN 2018-2022

STANDARD PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MARIA WALANDA MAR

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Peocapaian Awal	RENCANA CAPAIAN SPM				
					2018	2019	2020	2021	2022
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I	PeJayanan Gawat Darurat	1. Kemampuan Menangani Live Saving di UGD	100%	50%	60%	70%	100%	100%	100%
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24jam	24 jam	24 jam	24jam	24 jam	24 jam	24jam
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratao yang bersertifikat ATLS /BTLS /ACLS/PPGD	100%	15%	20%	25%	30%	40%	50%
		4. Ketersediaan tim penanggulangan beocana	1 tim	belum ada	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	S 5 menit terlayani, setelah pasien datanz	10 menit	6 rnenit	5 menit	5 menit	5 menit	5 menit

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Peocapaiao Awai	RENCANACAPAIANSPM					Penanggung jawab
					2018	2019	2020	2021	2022	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		7. Kematian pasien ~ 24 jam di UGD	~ 2 %	0.10%	0.10%	0.10%	0.10%	0.10%	0.10%	Kepala Instalasi Gawat darurat
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat darurat
2	Pelayanan Rawatjalan	1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100% dokter spesialis	100 % dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100 % dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan:	100%							
		a. Poliklinik Anak	ada	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		b. Poliklinik Penyakit Dalam	ada	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		c. Poliklinik Kebidanan dan Kandungan	ada	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Kepala Instalasi RawatJalan
		d. Poliklinik Bedah	ada	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan (08.00 s/d 13.00) setiap hari kerja, kecuali Jumat: 08.00 s/d 11.00)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		4. Waktu tunggu di rawatjalan.	S 60 menit	70 menit	60 menit	50 menit	30 menit	25 menit	25 menit	Kepala Instalasi Rawat Jalan Ketua Tim Mutu
		5. Kepuasan pelanggan	~90%	Bel um dilakukan	50%	60%	70%	80%	90%	formulir survey belum berjalan

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal	RENCANACAPAIAN SPM					Penanggung jawab
					2018	2019	2020	2021	2022	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		6. a. Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis TB	~60%	Sudah ada	60%	60%	70%	80%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	~60%	Sudah ada	70%	70%	80%	80%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
3	Pelayanan Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di rawat inap:	100%							
		a. Dokter Umum/Spesialis	ada	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Kepala Instalasi Rawat Inap
		b. Perawat Minimal Pendidikan 03	ada	ada, 99%	ada, 99%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		2. Dokter penanggungjawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap (Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan dan Kandungan, Bedah,)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		4. Jam visite dokter spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja)	100%	50%	50%	70%	80%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		5. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	90%	90%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		6. Kematian pasien > 48 jam	~0,24 %	0.20%	0.15%	0.15%	0.15%	0.01%	0.01%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		7. Rawat inap TB:								
		a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100%	70%	75%	90%	95%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal	RENCANA CAPAIAN SPM					Penanggung jawab
					2018	2019	2020	2021	2022	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	100%	50%	50%	60%	70%	80%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		8. Kejadian pulang paksa	~5%	3%	3%	3%	2%	2%	1%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		9. Kepuasan pelanggan	~90%	Belum dilakukan	50%	60%	70%	80%	90%	formulir survey belum berjalan
4	Pelayanan Kamar operasi	1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	belum ada operasi elektif	3 hari	3 hari	2 hari	2 hari	≤ 2 hari	Kepala Kamar Operasi
		2. Kejadian kematian dimeja operasi	≤ 1 ‰	belum ada operasi	≤ 1 ‰	< 1 ‰	≤ 1 ‰	~ 1 ‰	~ 1 ‰	Kepala Kamar Operasi
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	belum ada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Kamar Operasi
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	belum ada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Kamar Operasi
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	belum ada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Kamar Operasi
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	belum ada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Kamar Operasi
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>	≤ 6 ‰	belum ada operasi	≤ 6 ‰	≤ 6 ‰	≤ 6 ‰	≤ 6 ‰	≤ 6 ‰	Kepala Kamar Operasi

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal	RENCANA CAPAIAN SPM					Penanggung jawab
					2018	2019	2020	2021	2022	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
5	Pelayanan persalinan	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	Perdarahan > 1%, pre-eklamsi ~ 30%, Sepsis ~ 0,2%	Belum Ada Kejadian kematian ibu karena persalinan	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal:	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		a. Dokter Sp. OG	ada	2 orang dokter	2 orang dokter	2 orang dokter	3 orang dokter	3 orang dokter	3 orang dokter	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan
		b. Dokter umum terlatih	ada	Bidan yang tolong	1 orang dokter	1 orang dokter	1 orang dokter	1 orang dokter	1 orang dokter	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan
		c. Bidan (Asuhan persalinan normal)	ada	20 orang	20 orang	20 orang	20 orang	22 orang	24 orang	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tim PONEK yang terlatih	100%	Belum Ada	Belum Ada	1 Tim PONEK	1 Tim PONEK	1 Tim PONEK	1 Tim PONEK	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi:	100%	Belum Dilakukan Operasi SC						
		a. Dokter Sp. OG	ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan
		b. Dokter Sp. A	ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal	RENCANACAPAIANSPM					Peoanggung jawab
					2018	2019	2020	2021	2022	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		c. Dokter Sp.An	ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan
		5. Pertolongan persalinan melalui SC.	~20%	0%	0%	5%	5%	5%	5%	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan
		6. Keluarga Berencana:	100%							
		a. Persentase KB (vasektomi & tubectomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp.OG dan dr. SpB dan Dokter Umum terlatih	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan
		b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan
		7. Kepuasan Pelanggan	~80%	Belum dilakukan	60%	70%	80%	90%	100%	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan
	Pelayanan perinatologi	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram	100%	60%	70%	80%	90%	90%	100%	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan
6	Pelayanan Intensif Care Unit	1. Rata-rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72jam	~3%	Belum ada	~3 %	~3 %	~3 %	~3 %	~3%	Kepala Ruangan ICU
		2. Pemberi pelayanan Intensif								

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal	RENCANA CAPAIAN SPM					Penanggung jawab
					2018	2019	2020	2021	2022	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai kasus yang ditangani	Sesuai dengan kelas RS dan standar ICU	50%	50%	70%	90%	100%	100%	Kepala Ruangan ICU
		b. Perawat minimal 03 dengan sertifikat perawat mahir ICU/ setara (O4)	Sesuai dengan kelas RS dan standar ICU	30%	50%	60%	80%	90%	100%	Kepala Ruangan ICU
		3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ICU	Sesuai dengan kelas RS dan standar ICU	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Kepala Ruangan ICU
		4. ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai dengan kelas RS dan standar ICU	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Kepala Ruangan ICU
		5. Kepuasan Pelanggan	~80%	Bel um dilakukan	60%	70%	80%	90%	100%	Kepala Ruangan ICU
7	Pelayanan Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax.	~3jam	24jam	24jam	12jam	12jam	6jam	3jam	Kepala Instalasi Radiologi/ bagian Penunjang Medik
		2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen (Dokter Sp.Rad)	100%	0%	50%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Radiologi/ bagian Penunjang Medik

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Staodar	Pencapaian Awai	RENCANA CAPAIAN SPM					Penaanggung jawab
					2018	2019	2020	2021	2022	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	~2%	10%	10%	5%	3%	2%	2%	Kepala Instalasi Radiologi/ bagian Penunjang Medik
		4. Kepuasan pelanggan	2,80%	Bel um dilakukan	50%	60%	70%	80%	90%	Kepala Instalasi Radiologi/ bagian Penunjang Medik
8	Pelayanan Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	S 140 menit Kimia darah dan darah rutin	~ 140 Menit Kimia darah dan darah rutin	130 Men it	100 Men it	100 men it	90 Menit	90 Menit	Kepala Instalasi Laboratori um/ bagian Penunjang Medik
		2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium adalah dokter Sp.PK	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium/ bagian Penunjang Medik
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratori um/ bagian Penunjang Medik
		4. Kepuasan pelanggan	> 80%	Bel um dilakukan	500/o	70%	80%	80%	85%	Kepala Instalasi Laboratorium/ bagian Penunjang Medik
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan.	~50%.	60%	600/o	60%	60%	50%	~50%.	Kepala instalasi Rahabilitasi medik

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Peocapaian Awai	RENCANACAPAIANSPM					Penanggung jawab
					2018	2019	2020	2021	2022	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		2. Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Rahabilitasi medik
		3. Pemberi pelayanan rehabilitasi medik	sesuai persyaratan kelas rumah sakit	50%	50%	70%	80%	90%	100%	Kepala instalasi Rahabilitasi medik
		4. Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medik	sesuai persyaratan kelas rumah sakit	10%	20%	50%	70%	90%	100%	Kepala instalasi Rahabilitasi medik
		5. Kepuasan Pelanggan	~80%	Bel um dilakukan	50%	60%	70%	80%	~80%	Kepala instalasi Rahabilitasi medik
10	Pelayanan Farmasi	1. Waktu tunggu								
		a. pelayanan obat jadi ~ 30 menit	100%	80%	85%	85%	90%	90%	100%	Kepala instalasi Farmasi
		b. obat racikan ~ 60 menit	100%	80%	85%	85%	90%	90%	100%	Kepala instalasi Farmasi
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Farmasi
		3. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	sesuai kelas rumah sakit	75%	80%	90%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Farmasi
		4. Penulisan resep sesuai formularium	100%	80%	90%	90%	90%	95%	100%	Kepala instalasi Farmasi

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal	RENCANA CAPAIAN SPM					Penanggung jawab
					2018	2019	2020	2021	2022	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		5. Kepuasan pelanggan	2: 80 %	Belum dilakukan	70%	80%	85%	90%	100%	Kepala instalasi Farmasi
11	Pelayanan Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	2: 90 %	90%	90%	90%	90%	100%	100%	Kepala instalasi Gizi
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	~20%	10%	10%	10%	5%	5%	5%	Kepala instalasi Gizi
		3. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Sesuai denzan kelas RS	20%	30%	30%	60%	90%	100%	Kepala instalasi Gizi
		4. Tidak adanya kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi Gizi
		5. Kepuasan pelanggan	2: 80 %	Belum dilakukan	70%	80%	85%	90%	100%	Kepala instalasi Gizi
		-								
12	Pelayanan Keluarga Miskin	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan	100 % terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	
13	Pelayanan Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Kepala Instalasi Rekam Medik
		2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan <10 menit	<10 menit	15 menit	15 menit	10 menit	9 menit	9 menit	8 menit	Kepala Instalasi Rekam Medik
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap < 15 menit	< 15 menit	15 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	Kepala Instalasi Rekam Medik

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awai	RENCANACAPAIANSPM					Penanggung jawab
					2018	2019	2020	2021	2022	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
14	Pelayanan Kesehatan Lingkungan	1. Balm mutu limbah cair:	BOD <30 mg/l COD <80 mg/l TSS <30mg/l pH 6-9	0%	0%	70%	80%	90%	100%	Kepala pengelolaan limbah rumah sakit
		2. Pengolahan limbah padat dan limbah cair infeksius sesuai aturan	sesuai peraturan perundangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala pengelolaan limbah rumah sakit
15	Pelayanan Adminsitasi Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian has ii perternuan tingkat direksi maksimal 2 hari	100%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Direktur Rumah Sakit
		2. Kelengkapan laporan akuntabi litas kinerja minimal 3 bulan 1 kali.	100%	30%	50%	60%	70%	80%	100%	Direktur Rumah Sakit
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	80%	80%	90%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
		4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan zaii berkala	100%	80%	80%	90%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	~60%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	Direlctur Rumah Sakit
		6. Cost recovery	~40%	5%	10%	15%	20%	25%	30%	Direlctur Rumah Sakit
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanzzal 10.	100%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	Direktur Rumah Sakit

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal	RENCANA CAPAIAN SPM					Penanggung jawab
					2018	2019	2020	2021	2022	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maksimal 2jam	S 2 Jam	S 2 Jam	S2Jam	S2Jam	S 2 Jam	S2 Jam	S2Jam	Direktur Rumah Sakit
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	60%	70%	80%	90%	90%	100%	Direktur Rumah Sakit
16	Pelayanan Ambulans/ Mobil jenazah	1. Waktu pelayanan ambulans/ mobil jenazah 24 jam	24jam	24jam	24jam	24jam	24jam	24jam	24jam	Kepala IGO/ instalasi Pemulasaran jenazah
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/ mobil jenazah di rumah sakit S: 30 menit	S 30 Menit	< 30 menit	<30 menit	<30 menit	<30 menit	< 30 menit	< 30 menit	Penanggungjawab ambulans
		3. Response Time pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	100%	belum ada pelayanan	50%	60%	70%	80%	100%	Penanggungjawab ambulans
17	Pemulasaran Jenazah	Ketersediaan pelayanan perawatan Jenazah	24jam	belum ada pelayanan	24Jam	24Jam	24Jam	24 Jam	24 Jam	Kepala perawatan jenazah
		Waktu tanggap (response time)	~2jam	2Jam	2 Jam	2 Jam	2 Jam	2 Jam	2Jam	Kepala perawatan jenazah
		Ketersediaan fasilitas dan peralatan kamar jenazah	sesuai kelas rumah sakit	belum ada pelayanan	50%	50%	70%	80%	90%	Kepala perawatan jenazah
18	Pelayanan Laundry	1. Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	Belum tersedia	Belum tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kepala Laundry

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal	RENCANA CAPAIAN SPM					Penanggung jawab
					2018	2019	2020	2021	2022	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan laundry	Tersedia	Bel um tersedia	Belum tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kepala Laundry
		3. Tidak adanya kejadian linen yang hilang.	100%	60%	600/o	80%	90%	90%	100%	Kepala Laundry
		4. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap ~ 24 jam	100%	40%	400/o	70%	~ 90%	90%	100%	Kepala Laundry
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	Bel um tersedia	Bel um tersedia	Bel um tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kepala IPSRS
		2. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ~ 15 menit	2: 80 %	50%	500/o	70%	80%	100%	100%	Kepala IPSRS
		3. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	20%	30%	50%	70%	90%	100%	Kepala IPSRS
		4. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan daJam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengao ketentuan kalibrasi	100%	0%	0%	50%	70%	80%	90%	Kepala IPSRS
20	Pencegahan & Pengendalian Infeksi	1. Ada anzzota Tim PPI yang terlatih	2: 75%	20%	35%	60%	75%	100%	100%	Ketua Tim PPI
		2. Tersedia APO di setiap instalasi	2: 60%	40%	50%	70%	80%	90%	100%	Ketua Tim PPI
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health care associated infection) di RS	2: 75%	20%	35%	60%	75%	100%	100%	Ketua Tim PPI
		4. Keiadian infeksi daerah operasi	S 1,5 %	S 1,5 %	S 1,5 %	S 1,5 %	S 1,5%	S 1,5 %	S 1,5 %	Ketua Tim PPI
		5. Anzka infeksi aliran darah Primer	S 1,5 %	S 1,5 %	S 1,5 %	< 1,5 %	S 1,5 %	< 1,5 %	< 1,5 %	Ketua Tim PPI
21	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	80%	80%	90%	90%	90%	100%	Penanggungjawab PMI

No	Jen is Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awai	RENCANA CAPAIAN SPM					Penanggung jawab
					2018	2019	2020	2021	2022	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		2. Kejadian Reaksi Transfusi	S 0,01 %	tidak ada pelaporan	S 0,01 %	S0,01 %	S 0,01 %	S 0,01 %	S0,01 %	Kepala Instalasi rawat Inap

BUPATI MINAHASA UTARA



VONNIE ANNEKE PANAMBUNAN

PARAF KOORDINASI	
Kasie. Pelayanan Medis	W~
Direktur RSUD M. W. Maramis	. << .
Kepala Bagian Hukum	k
Asisten Administrasi Umum	
Sekretaris Daerah Kabupaten	
Wakil Bupati Minahasa Utara	
Bupati Minahasa Utara	Dengan Hormat untuk ditandatangani