



SALINAN

BUPATI BANTUL

DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
PERATURAN BUPATI BANTUL
NOMOR 115 TAHUN 2022

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT PADA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SARAS ADYATMA KABUPATEN BANTUL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI BANTUL,

- Menimbang :
- a. bahwa pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat yang wajib disediakan oleh pemerintah daerah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat;
 - b. bahwa untuk menjamin akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat di Rumah Sakit Umum Saras Adyatma dan untuk melaksanakan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, perlu disusun Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit sebagai pedoman;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit pada Rumah Sakit Umum Daerah Saras Adyatma Kabupaten Bantul;

- Mengingat :
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

2. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Daerah Istimewa Jogjakarta (Berita Negara Republik Indonesia tanggal 8 Agustus 1950 Nomor 44);
3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1950 tentang Penetapan Mulai Berlakunya Undang-Undang Tahun 1950 Nomor 12, 13, 14 dan 15 dari Hal Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten di Djawa Timoer/Tengah/ Barat dan Daerah Istimewa Jogjakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 59);
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);

8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
9. Peraturan Bupati Bantul Nomor 49 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, dan Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Saras Adyatma pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul (Berita Daerah Kabupaten Bantul Tahun 2022 Nomor 49);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SARAS ADYATMA KABUPATEN BANTUL

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Saras Adyatma Kabupaten Bantul.
2. Pelayanan RSUD adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Saras Adyatma kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik dan keperawatan, pelayanan penunjang medik dan pelayanan administrasi manajemen.
3. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
4. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit pada RSUD yang selanjutnya disingkat SPM RSUD adalah ketentuan tentang jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dengan standar kinerja yang ditetapkan, serta merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh RSUD kepada masyarakat.
5. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu.

6. Pembilang (*numerator*) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
7. Penyebut (*denominator*) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
8. Satuan pengawas internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah perangkat BLUD yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu pimpinan BLUD untuk meningkatkan kinerja peiayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya (*social responsibility*) dalam menyelenggarakan bisnis sehat.
9. Daerah adalah Kabupaten Bantul.
10. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Bantul.
11. Bupati adalah Bupati Bantul.
12. Direktur adalah direktur Rumah Sakit Umum Daerah Saras Adyatma Kabupaten Bantul.
13. Kepala Dinas adalah kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul

BAB II SPM RSUD

Pasal 2

- (1) RSUD dalam menyelenggarakan pelayanan rumah sakit sesuai dengan SPM RSUD sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) SPM RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. jenis Pelayanan;
 - b. Indikator kinerja;
 - c. Standar; dan
 - d. uraian.
- (3) Penyelenggaraan Pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh tenaga yang mempunyai kualifikasi dan kompetensi sesuai dengan peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 3

Jenis pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf a meliputi:

- a. pelayanan gawat darurat;
- b. pelayanan rawat jalan;
- c. pelayanan rawat inap;

- d. pelayanan bedah;
- e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
- f. pelayanan intensif;
- g. pelayanan radiologi;
- h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
- i. pelayanan rehabilitasi medik;
- j. pelayanan farmasi;
- k. pelayanan gizi;
- l. pelayanan transfusi darah;
- m. pelayanan keluarga miskin;
- n. pelayanan rekam medis;
- o. pengelolaan limbah;
- p. pelayanan administrasi manajemen;
- q. pelayanan ambulans/kereta jenazah;
- r. pelayanan pemulasaraan jenazah;
- s. pelayanan *laundry*;
- t. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
- u. pelayanan pencegahan pengendalian infeksi;
- v. pelayanan sterilisasi/ *Central Sterile Supply Department (CSSD)* ; dan
- w. pelayanan informasi dan komunikasi.

Pasal 4

- (1) Indikator kinerja dan standar pencapaian SPM RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf b, dan huruf c tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (2) Uraian SPM RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) huruf d tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 5

- (1) Direktur RSUD bertanggung jawab dalam pelaksanaan Pelayanan RSUD sesuai dengan SPM RSUD sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2.
- (2) Direktur RSUD menyampaikan laporan pencapaian kinerja Pelayanan RSUD sesuai SPM RSUD setiap tahun kepada Bupati melalui Kepala Dinas.

Pasal 6

- (1) Penyediaan jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 dipenuhi secara bertahap sesuai dengan kemampuan RSUD.
- (2) Pencapaian indikator kinerja dan standar pencapaian SPM RSUD dievaluasi secara terus menerus berdasarkan upaya maksimal yang dapat dilakukan oleh RSUD.

BAB III

PEMBINAAN, PENGAWASAN DAN TANGGUNG JAWAB

Pasal 7

Pembinaan RSUD dalam penerapan SPM RSUD dilakukan oleh Bupati melalui Kepala Dinas.

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional pelayanan sesuai dengan SPM RSUD dilakukan oleh SPI.
- (2) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melakukan pengawasan bersama jajaran manajemen RSUD untuk menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.

BAB IV
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 9

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Bantul
pada tanggal 12 Desember 2022
BUPATI BANTUL,

ttd
ABDUL HALIM MUSLIH

Diundangkan di Bantul
pada tanggal 12 Desember 2022

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BANTUL,

ttd
HELMI JAMHARIS

BERITA DAERAH KABUPATEN BANTUL TAHUN 2022 NOMOR 115



LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI BANTUL
NOMOR 115 TAHUN 2022
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT PADA RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH SARAS ADYATMA
KABUPATEN BANTUL

INDIKATOR KINERJA DAN STANDAR PENCAPAIAN SPM RSUD

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang

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

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks, yaitu padat modal, padat teknologi, padat karya, padat mutu, padat *error*, padat keluhan/masalah, padat sistem dan prosedur, padat resiko, serta padat profesi. Karakteristik tersebut membuat semakin kompleksnya permasalahan di Rumah Sakit sehingga perlu dikembangkan program khusus untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan.

Pada hakekatnya Rumah Sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat.

Mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, bahwa indikator SPM Rumah Sakit adalah tolok ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM Rumah Sakit tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan.

Dari pemaparan di atas dapat disimpulkan latar belakang pentingnya menyusun SPM RSUD, yaitu:

1. Peraturan perundangan menghendaki akuntabilitas pelayanan publik; dan
2. Pasien sebagai fokus pelayanan membutuhkan dan menghendaki pelayanan yang berkualitas, memuaskan dan memberikan jaminan keamanan.

Status sebagai Badan Layanan Umum mengandung konsekuensi harus dapat menunjukkan akuntabilitas kinerjanya yang ditetapkan dalam indikator dan target pencapaian untuk tiap indikator tersebut.

B. Maksud dan Tujuan

SPM RSUD ini dimaksudkan agar tersedia panduan dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggara pelayanan di RSUD Saras Adyatma Kabupaten Bantul.

SPM RSUD ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan, target standar pelayanan, cara perhitungan/rumus/pembilang dan penyebut standar/satuan pencapaian kinerja dan sumber data.

C. Definisi Operasional

1. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit adalah ketentuan tentang jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dengan standar kinerja yang ditetapkan, serta merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh RSUD kepada masyarakat.
2. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

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

15. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan pelayanan.

D. Prinsip Penyusunan dan Penetapan SPM RSUD

Penyusunan SPM RSUD telah memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Konsensus, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait secara rinci;
2. Sederhana, SPM RSUD disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami;
3. Nyata, SPM RSUD disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis;
4. Terukur, seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif maupun kuantitatif;
5. Terbuka, SPM RSUD dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat;
6. Terjangkau, SPM RSUD dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia;
7. Akuntabel, SPM RSUD dapat dipertanggungjawabkan kepada publik; dan
8. Bertahap, SPM RSUD mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan sumber daya rumah sakit.

E. Landasan Hukum

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja, (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 6573);
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
3. Undang-Undang Nomor 11 tahun 2020 tentang cipta kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2020 nomor 245, tambahan lembaran

Negara republik Indonesia nomor 6573);

4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
9. Peraturan Bupati Bantul Nomor 49 Tahun 2022 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi, dan Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Saras Adyatma pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul (Berita Daerah Kabupaten Bantul Tahun 2022 Nomor 49);

BAB II
STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT PADA RSUD
SARAS ADYATMA KABUPATEN BANTUL

A. Jenis Pelayanan

Rumah Sakit Umum Daerah Saras Adyatma Kabupaten Bantul terletak di Jalan Samas Km 19,9 Dusun Selo Kelurahan Sidomulyo Kecamatan Bambanglipuro Bantul. Sebelumnya, pada April 2020 di lokasi ini digunakan sebagai Rumah Sakit Lapangan Khusus Covid-19 Kabupaten Bantul. Kemudian pada 27 Juni 2022 melalui Peraturan Bupati Bantul Nomor 49 Tahun 2022 dibentuk Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Kelas D Saras Adyatma pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul. Susunan organisasi RSUD Saras Adyatma terdiri atas :

1. Direktur
2. Subbagian Tata Usaha
3. Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan
4. Seksi Pelayanan Penunjang
5. Jabatan Fungsional

Dokumen SPM Rumah Sakit pada RSUD Saras Adyatma Kabupaten Bantul meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan yang disusun berbasis referensi, *evidence based* dan *research based*. SPM Rumah Sakit tersebut terbagi menjadi 3 kelompok dengan memperhatikan susunan organisasi RSUD Saras Adyatma Bantul.

B. SPM Rumah Sakit setiap jenis pelayanan, indikator dan standar

Adapun standar pelayanan minimal Rumah Sakit untuk setiap pelayanan, indikator dan standarnya dijabarkan pada tabel berikut ini :

1. SPM Rumah Sakit pada Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan
 - 1) Pelayanan gawat darurat

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	100 %
2.	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 jam

3.	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100 %
4.	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
5.	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang
6.	Kepuasan pelanggan	≥ 70 %
7.	Kematian pasien < 24 Jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
8.	Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam	100 %
9.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %

2) Pelayanan rawat jalan

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis
2.	Ketersediaan Pelayanan	1. Klinik Spesialis Penyakit Dalam 2. Klinik Spesialis Anak 3. Klinik Spesialis Obsetri dan Ginekologi
3.	Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa	1. Anak Remaja 2. NAPZA 3. Gangguan Psikotik 4. Gangguan

		Neurotik 5. Mental Retardasi 6. MentalOrganik 7. UsiaLanjut
4.	Jam buka pelayanan	1. Spesialis obgyn jam buka 07.00 s/d 09.00 setiap Selasa, Rabu, Jumat 2. Spesialis anak jam buka 08.30- 12.00 Wib setiap hari Senin, Rabu, Jumat 3. Spesialis Dalam hari Rabu pukul 10.00-12.00 WIB Jumat pukul 09.00 – 11.00 WIB
5.	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 %
6.	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %
7.	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	a. ≥ 60 % b. ≤ 60 %

3) Pelayanan rawat inap

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3
2.	Dokter penanggung jawab pelayanan	100 %
3.	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	1. Anak 2. Penyakit Dalam

		3. Kebidanan
4.	Jam Visite Dokter Spesialis	100 %
5.	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %
6.	Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5%
7.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%
8.	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24%
9.	Kejadian pulang paksa	≤ 5%
10.	Kepuasan pelanggan	>90%
11.	Rawat Inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60 % ≥ 60 %
12.	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik
13.	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100 %
14.	Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100 %
15.	Lama hari perawatan Pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu

4) Pelayanan Bedah Sentral (Bedah Saja)

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari
2.	Kejadian Kematian di meja	≤ 1 %

	operasi	
3.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %
4.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %
5.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %
6.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %
7.	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	≤ 6 %

5) Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 % b. Pre-eklampsia ≤ 30 % c. Sepsis ≤ 0,2 %
2.	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan
3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
4.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An
5.	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%

6.	Pertolongan persalinan dengan section cercharia	≤ 20 %
7.	Keluarga Berencana : a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%
8.	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%

6) Pelayanan intensif

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %
2.	Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp. Anastesi dan dokter spesialis lain sesuai kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara D4

7) Pelayanan Transfusi Darah

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse	100% terpenuhi
2.	kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%

8) Pelayanan Keluarga Miskin

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani

9) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%
2.	Tersedia APD di setiap instalasi/ Departemen	60%
3.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75%

2. SPM Rumah Sakit pada Seksi Pelayanan Penunjang

1) Pelayanan Radiologi

No	INDIKATOR	STANDAR
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam
2.	Pelaksanaan ekspertisi	Dokter Spesialis Radiologi
3.	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %
4.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

2) Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin
2.	Pelaksana ekspertisi	dokter Spesialis Patologi Klinik
3.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100 %
4.	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

3) Pelayanan Rehabilitasi Medis

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	≤ 50 %
2.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
3.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%

4) Pelayanan Farmasi

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Obat Racikan	≤ 30 menit ≤ 60 menit
2.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%
3.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%
4.	Penulisan resep sesuai formularium	100%

5) Pelayanan Gizi

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	$\geq 90 \%$
2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	$\leq 20 \%$
3.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%

6) Pelayanan Rekam Medis

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %
2.	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %
3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
4.	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	≤ 15 menit

7) Pengelolaan Limbah

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9
2.	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100 %

8) Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam

9) Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80 %
2.	Kecepatan waktu pemeliharaan alat	100 %
3.	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %

10) Pelayanan Laundry

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %
2.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %

11) Pelayanan CSSD (*Central Sterile Supply Department*/Pelayanan Sterilisasi Sentral)

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Ketepatan Waktu Penyediaan Alat Steril	100 %

12) Pelayanan Informasi dan Komunikasi

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Ketersediaan tim informasi dan komunikasi rumah sakit	100%

3. SPM Rumah Sakit pada Subbagian Tata Usaha

1) Pelayanan Administrasi Manajemen

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
2.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%
3.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
4.	Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	100%
5.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %
6.	Cost recovery	≥ 40 %
7.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
8.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
9.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%

2) Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah

NO	INDIKATOR	STANDAR
1.	Waktu pelayanan ambulance	24 jam
2.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit	≤ 230 menit
3.	Response time pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	Sesuai ketentuan daerah

BAB III
MANAJEMEN PELAKSANAAN SPM RUMAH SAKIT PADA RSUD SARAS
ADYATMA KABUPATEN BANTUL

Dengan ditetapkannya dokumen SPM Rumah Sakit pada RSUD Saras Adyatma Kabupaten Bantul, menuntut komitmen dan peran seluruh fungsional pelayanan dan unsur manajemen dalam pelaksanaannya. Berikut ini manajemen pelaksanaan SPM Rumah Sakit pada RSUD Saras Adyatma Kabupaten Bantul.

A. Perencanaan

SPM Rumah Sakit sebagai bagian dari perencanaan dalam pencapaiannya perlu strategi, program dan kegiatan (tahunan, tribulanan, bulanan) yang seharusnya menjadi satu kesatuan secara berkesinambungan dengan dokumen Rencana Kinerja Tahunan (RKT), Pengukuran Kinerja Kegiatan (PKK) dan Pengukuran Pencapaian Sasaran (PPS) yang tercermin dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP).

B. Pelaksanaan

Pelaksanaan masing-masing indikator dalam SPM Rumah Sakit dilakukan oleh instalasi/unit kerja dikaitkan dalam target kinerja instalasi/unit kerja yang pada akhirnya akan menjadi hasil kinerja instalasi/unit kerja tersebut. Untuk mencapai target kinerja perlu disusun strategi, program, kegiatan dalam periode waktu tertentu (tahunan, tribulanan, bulanan) dengan catatan harus terukur.

C. Monitoring

Monitoring pelaksanaan SPM Rumah Sakit dilakukan oleh masing-masing Kepala Subbagian dan Kepala Seksi masing-masing melalui rapat koordinasi internal.

D. Evaluasi

Proses evaluasi pengukuran target kinerja dikaitkan dengan kinerja masing-masing instalasi/satuan kerja ke atasan langsung (Direktorat).

Proses evaluasi secara administratif mengenai penerapan SPM Rumah Sakit oleh Sub Bagian Perencanaan dan Evaluasi yang dikaitkan dengan LAKIP RS sebagai bahan rekomendasi dalam perencanaan berikutnya. Manajemen pelaksanaan SPM Rumah Sakit merupakan proses yang berkelanjutan, siklus yang tidak ada hentinya sehingga pada

akhirnya memberikan manfaat bagi RSUD Saras Adyatma Kabupaten Bantul, antara lain:

1. menjamin kualitas pelayanan;
2. menjamin keamanan pasien;
3. menjamin kemudahan mendapatkan pelayanan;
4. persyaratan administratif untuk menjadi/sebagai BLU; dan
5. sebagai tolok ukur kinerja pelayanan.

BAB IV

PENUTUP

Kedudukan sebagai rumah sakit dengan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD memberikan kebebasan bagi RSUD Saras Adyatma Kabupaten Bantul dalam mengelola keuangannya, namun didalamnya terkandung janji untuk dapat menyediakan pelayanan dengan indikator dan standar kinerja pelayanan yang baik (dalam bentuk SPM Rumah Sakit). SPM Rumah Sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan Rumah Sakit atau seluruh aktivitas Rumah Sakit yang berhubungan/berpengaruh pada hasil dan operasional Rumah Sakit dalam mencapai tujuannya yang wajib dilaksanakan oleh penyelenggara Rumah Sakit (pelayanan dan manajemen) berdasarkan standar kinerja yang ditetapkan.

Manajemen pelaksanaan SPM Rumah Sakit menuntut kontribusi instalasi/satuan kerja dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasinya. Perencanaan disesuaikan dengan perkembangan kebutuhan, prioritas, kemampuan keuangan, fasilitas, dan kemampuan SDM.

Dengan disusunnya SPM Rumah Sakit pada RSUD Saras Adyatma Kabupaten Bantul diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan akuntabilitas kinerja dan meningkatkan mutu layanan di RSUD Saras Adyatma Kabupaten Bantul. Disamping itu SPM Rumah Sakit juga dapat menjadi acuan bagi pengelola Rumah Sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Mengingat bahwa SPM Rumah Sakit bersifat dinamis maka hal-hal lain yang belum tercantum dalam dokumen SPM Rumah Sakit ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan akan dilakukan reviu secara berkala sesuai pedoman reviu dokumen yang berlaku atau apabila ada perubahan peraturan terkait SPM Rumah Sakit pada RSUD Saras Adyatma Kabupaten Bantul.

BUPATI BANTUL,

ABDUL HALIM MUSLIH

LAMPIRAN II
 PERATURAN BUPATI BANTUL
 NOMOR 115 TAHUN 2022
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT PADA RUMAH SAKIT
 UMUM DAERAH SARAS ADYATMA
 KABUPATEN BANTUL

URAIAN SPM RSUD

1. SPM RSUD pada Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

1) Pelayanan gawat darurat

a. Kemampuan Menangani Live Saving Anak dan Dewasa

Judul	Kemampuan Menangani Life Saving di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayan gawat darurat.
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan airway, breath, circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di gawat darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke gawat darurat yang membutuhkan pelayanan life saving
Sumber data	Register Gawat Darurat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

b. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam
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	Register Gawat Darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

c. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang Bersertifikasi ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

Judul	Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang Bersertifikasi ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
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 ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	1 tahun

Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber data	Unit Gawat Darurat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

d. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di Rumah Sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Unit Gawat Darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

e. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Unit Gawat Darurat

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Unit Gawat Darurat
Dimensi	Keselamatan dan Efektifitas

Mutu	
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 di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	Survei
Standar	≤ 5 menit
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

f. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvei

Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 70\%$
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

g. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 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 Medis
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

h. Tidak Adanya Pasien Yang Diharuskan Membayar Uang Muka

Judul	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 medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat
Sumber data	Register Gawat Darurat
Standar	0 %
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

2) Pelayanan rawat jalan

a. Dokter Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	Dokter Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan <i>special privilege</i> yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

b. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di Rumah Sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk Rumah Sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari Rumah Sakit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Klinik Spesialis bedah. Klinik Spesialis penyakit dalam. Klinik Spesialis kebidanan dan kandungan. Klinik Spesialis anak
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

c. Jam Buka Pelayanan

Judul	Jam Buka Pelayanan
Dimensi Mutu	Kemudahan akses dan kepastian
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga Spesialis obgyn jam buka 07.00 s/d 09.00 setiap Selasa, Rabu, Jumat Spesialis anak jam buka 08.30-12.00 Wib setiap hari Senin, Rabu, Jumat Spesialis Dalam hari Rabu pukul 10.00-12.00 WIB Jumat pukul 09.00 – 11.00 WIB
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

d. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu Tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kemudahan akses dan kepastian
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai diterimanya rekam medik pasien di poliklinik sampai pasien di periksa dokter

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

e. Kepuasan Pelanggan Rawat Jalan

Judul	Kepuasan pelanggan rawat jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan dan kepuasan
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	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan di survei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

3) Pelayanan rawat inap

a. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap dengan adalah dokter Spesialis sebagai Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sesuai dengan kasus yang ditangani, dan perawat minimal D3
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Tersedianya pemberi pelayanan rawat inap sesuai kasus yang ditangani
Denominator	Jumlah seluruh tenaga medik dan keperawatan dirawat inap
Sumber data	Unit Rawat Inap Bagian SDM
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

b. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan Rawat Inap

Judul	Dokter penanggung jawab pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan

Definisi Operasional	DPJP rawat inap adalah dokter spesialis yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan medis pasien di bangsal rawat inap, memeriksa penderita, menegakkan diagnosa, merencanakan terapi, melakukan tindakan medis serta menerima konsultasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyaidokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis, Register Rawat Inap
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

c. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di Rumah Sakit. Untuk Rumah Sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi Rumah Sakit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)

Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	1) Klinik Spesialis penyakit dalam. 2) Klinik Spesialis kebidanan dan kandungan. 3) Klinik Spesialis kesehatan anak
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

d. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medik terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan sebelum atau sampai dengan pukul 10.00 WIB
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis sebelum atau sampai dengan pukul 10.00 WIB yang dicatat
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang dicatat
Sumber data	Register Rawat Inap
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

e. Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien

Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

- f. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/ Kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat, baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dan sebagainya, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis, laporan KNC/KTD
Standar	0%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

g. Kematian Pasien > 48 jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien >48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap >48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	NDR \leq 0,24%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

h. Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri

Judul	Kejadian pulang atas permintaan sendiri
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan Rumah Sakit

Definisi Operasional	Pulang atas permintaan sendiri 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 atas permintaan sendiri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis, register rawat inap
Standar	$\leq 5\%$
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

i. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan dan kepuasan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 90\%$

Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan
------------------	--

4) Pelayanan bedah

a. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

b. Kejadian kematian dimeja operasi

Judul	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

c. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinel 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
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

d. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

e. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami

	salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

- f. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

- g. Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 6 \%$
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

5) Pelayanan Persalinan dan Perinatologi

- a. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian Keselamatan Ibu karena Persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan Rumah Sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi Operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada

	<p>saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre- eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <p>Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg</p> <p>Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati</p> <p>Oedem tungkai</p> <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	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan < 1% pre-eklampsia < 30%, sepsis < 0,2%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

b. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten

Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

c. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada

Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

d. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

e. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB Rumah Sakit
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

f. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

6) Pelayanan rawat intensif

a. Rata- Rata Pasien Yang Kembali ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama < 72 jam

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarkannya 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	Rekam Medis, register ICU
Standar	≤ 3%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

b. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

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

Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	3 tahun
Numerator	Jumlah tenaga dokter Spesialis Anestesi dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara, yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	ICU, Bagian SDM
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

7) Pelayanan Transfusi Darah

a. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfus

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi Mutu	keselamatan pasien dan kesinambungan pelayan
Tujuan	Kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis, register Bank Darah
Standar	100%

Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan
------------------	--

b. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan system imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis, laporan KNC/KTD, surveilans
Standar	$\leq 0.01\%$
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

8) Pelayanan Keluarga Miskin

Judul	Pelayanan terhadap pasien Keluarga Miskin (GAKIN) pemegang kartu JKN PBI yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedualian Rumah Sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu JKN PBI

Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN pemegang kartu JKN PBI yang dilayani Rumah Sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN pemegang kartu JKNPBI yang datang ke Rumah Sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

9) Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

a. Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pelatihan dasar PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Tim PPI
Standar	75%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

b. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)

Judul	Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)
-------	--

Dimensi Mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Tersedia/tercukupi APD di setiap Unit / satuan kerja yang mewajibkan petugas mengenakan APD
Definisi Operasional	Ketersediaan sarana prasarana APD yang berguna untuk melindungi tubuh petugas dari kontaminasi bahan infeksius maupun bahan berbahaya seperti: masker, sarung tangan, penutup kepala, sepatu boots dan gaun pelindung
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah Unit /satuan kerja dalam penyediaan APD minimal / kurang
Denominator	Jumlah Unit /satuan kerja yang wajib menyediakan APD
Sumber data	Observasi
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

c. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan kejadian Infeksi Rumah Sakit (HAIs)

Judul	Kegiatan pencatatan dan pelaporan kejadian infeksi Rumah Sakit (HAIs)
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tersedianya data kejadian infeksi Rumah Sakit (HAIs)
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi Rumah Sakit (HAIs) dari pengumpulan data, analisa data dan pelaporan data di ruang perawatan pasien yang minimal 1 (satu) parameter : infeksi daerah operasi (IDO), ventilator acquired pneumonia (VAP), infeksi saluran kemih (ISK), dekubitus, dan phlebitis.

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian infeksi (HAIs) dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah populasi yang diamati / dilakukan survailan dalam 1 bulan.
Sumber data	Surveilans HAIs
Standar	IDO : $\leq 2\%$, ISK : 4,7 ‰, VAP : 5 ‰, Dekubitus : 1,5 ‰, Phlebitis : 5 %
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

d. Kepatuhan Petugas dalam Penerapan Kewaspadaan Standar

Judul	Kepatuhan petugas dalam menerapkan kewaspadaan standar dalam pelayanan pasien
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Mencegah dan mengendalikan infeksi Rumah Sakit (HAIs)
Definisi Operasional	Pengukuran kepatuhan petugas dalam kewaspadaan standar untuk mencegah dan mengendalikan HAIs minimal 1 parameter yaitu : Hand hygiene, kepatuhan petugas menggunakan APD, Etika batuk.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kegiatan petugas yang dilakukan dalam menerapkan kewaspadaan standar
Denominator	Jumlah kesempatan petugas dalam menerapkan kewaspadaan standar

Sumber data	Observasional
Standar	80%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan

2. SPM RSUD pada Seksi Pelayanan Penunjang

1) Pelayanan Radiologi

a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Rontgen

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan foto rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan foto rontgen adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan radiologi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien di radiologi yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 180 menit
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

b. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksanaan ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber data	Register di Unit Radiologi
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

c. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen

Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah merusak foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dibaca dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto n dalam satu bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	$\leq 2\%$
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

d. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan dan kepuasan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

2) Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

a. Waktu tunggu hasil pelayanan laborator

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu setelah pengambilan sampel pasien sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 100 menit
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

b. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis

Definisi Operasional	Pelaksanaan ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya/dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis patologi klinik pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di Unit Laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

c. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah penyerahan hasil laboratorium pada orang yang salah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis, Laporan KNC/KTD
Standar	0%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

d. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan dan kepuasan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

3) Pelayanan rehabilitasi medik

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

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas

Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram reabilitas medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 50%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

b. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medis adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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 diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan.
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

c. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

4) Pelayanan Farmasi

a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien 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 bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 20 menit
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

b. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1) Salah dalam memberikan jenis obat 2) Salah dalam memberikan dosis 3) Salah orang 4) Salah jumlah 5) Salah rute
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien Unit Farmasi yang disurvei
Sumber data	Rekam Medis, Laporan KNC/KTD

Standar	0%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

c. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan dan kepuasan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

d. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep dalam satu bulan

Sumber data	Register Farmasi, Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

5) Pelayanan Gizi

a. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan Unit Gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> ▪ makan pagi jam 07.00 – 08.00 ▪ selingan pagi jam 10.00 ▪ makan siang jam 12.00 - 13.00 ▪ selingan sore jam 15.00 ▪ makan sore jam 17.00 – 18.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap
Sumber Data	Register Gizi
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

b. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan oleh Pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan Unit Gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien dengan ketentuan <20% dari menu yang disajikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien rawat inap dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Unit Gizi
Standar	< 20 %
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

c. Ketepatan Pemberian Diet Khusus Pasien Rawat Inap

Judul	Ketepatan pemberian diet khusus pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Ketepatan pemberian diet khusus sesuai instruksi dokter
Definisi Operasional	Ketepatan pemberian makanan kepada pasien rawat inap sesuai dengan instruksi dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap dengan diet khusus sesuai instruksi dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang mendapat diet khusus
Sumber Data	Register Gizi
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

6) Pelayanan Rekam Medis

a. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 2 x 24 jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medis 1 x 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis
Definisi Operasional	Rekam medis yang lengkap adalah, rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu 1 x 24 jam setelah selesai pelayanan baik rawat jalan maupun rawat inap, yang meliputi identitas, laporan penting dan autentifikasi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medis dalam satu bulan
Sumber data	Dokumen Rekam Medis
Standar	80%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

b. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab pemberi pelayanan pasien dalam memberikan informasi dan mendapatkan persetujuan dari pasien / keluarga akan tindakan medis yang akan dilakukan
Definisi Operasional	<i>Informed Consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien / keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dengan tindakan medis yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medis.
Sumber data	Dokumen Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

c. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan. efisiensi

Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan dalam menyediakan rekam medis untuk pelayanan rawatjalan
Definisi Operasional	Waktu penyediaan dokumen rekam medis mulai dari registrasi sampai tersedianya rekam medis di poliklinik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati dibagi jumlah rekam medis yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan dokumen rekam medis
Sumber data	Sistem Informasi Rumah Sakit
Standar	30 Menit
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

d. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan. efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat inap
Definisi Operasional	Waktu penyediaan rekam medis mulai dari registrasi sampai tersedianya rekam medis di poliklinik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati dibagi

	jumlah rekam medis yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap diamati
Sumber data	Hasil pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	10 menit
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

7) Pengelolaan Limbah

a. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RS terhadap keamanan limbah cair RS
Definisi Operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD : 30 mg/l COD : 80 mg/l TSS : 30 mg/l - pH : 6 - 9
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair RS yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber Data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung Jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

b. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di RS
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 mencedarai, antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> Sisa Jarum suntik Sisa Ampul Kasa bekas Sisa jaringan <p>Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber Data	Hasil Pengamatan
Standar	100%
Penanggung Jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

c. Analisa Parameter Lingkungan Rumah Sakit

Judul	Analisa Parameter Lingkungan Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Terselenggaranya kegiatan pemeriksaan parameter lingkungan di RS

Definisi Operasional	Parameter lingkungan adalah indikator pengukuran kualitas lingkungan yang dapat membahayakan kesehatan di RS meliputi pengukuran kualitas ruangan dengan pemeriksaan kultur lengkap, meliputi indikator baku mutu : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ruang Operasi : 0 – 5 CFU/cm² dan bebas patogen dan gas gangren ▪ Ruang perawatan : 5 – 10 CFU/ cm² ▪ R. Isolasi : 0 – 5 CFU/ cm² ▪ R. IGD : 5 – 10 CFU/ cm²
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah hasil pemeriksaan yang sesuai indikator baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh hasil pemeriksaan
Sumber Data	Sampel pemeriksaan
Standar	75%
Penanggung Jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

d. Kebersihan Lingkungan Rumah Sakit

Judul	Kebersihan Lingkungan Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RS terhadap Penyelenggaraan kegiatan kebersihan lingkungan
Definisi Operasional	Kebersihan lingkungan RS adalah kondisi fisik bangunan dan kelengkapannya, yang bebas dari bahaya, infeksi silang, masalah kesehatan dan keselamatan kerja berdasarkan indikator meliputi : <ol style="list-style-type: none"> a. Bangunan/Gedung : Lantai, dinding, langit-langit, KM/WC, dll

	b. Lingkungan Luar Bangunan : Halaman, taman, jalan, tempat parkir, dll
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Bangunan dan lingkungan luar bangunan sesuai standar operasional prosedur yang diamati
Denominator	Jumlah bangunan dan lingkungan luar bangunan RS
Sumber Data	Hasil pengecekan/inspeksi sanitasi
Standar	80%
Penanggung Jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

8) Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan

Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung Jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

9) Pelayanan Laundry

a. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, kecepatan pelayanan, kenyamanan bagi pasien.
Tujuan	Kebutuhan linen setiap saat di rawat inap terpenuhi
Definisi Operasional	Penyediaan linen adalah tersedianya linen bersih, siap pakai sesuai kebutuhan di rawat inap maksimal 2 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan kebutuhan linen di rawat inap yang < 2 jam
Denominator	Jumlah penyediaan kebutuhan linen seluruh rawat inap
Sumber data	Unit Laundry
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

b. Tidak Adanya Linen Yang Hilang

Judul	Tidak adanya linen yang hilang
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, tertib administrasi
Tujuan	Kelancaran pelayanan linen dan terpenuhinya kebutuhan yang direncanakan

Definisi Operasional	Linen hilang adalah berkurangnya jumlah linen yang tersedia di satuan kerja pemakai maupun di tempat penyimpanan linen RS dengan tidak adanya bukti kerusakan atau keterangan lainnya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah linen yang ada di satuan kerja dan di tempat penyimpanan RS
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada (tersedia)
Sumber data	Unit Laundry
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

c. Ketepatan penyediaan linen steril

Judul	Ketepatan penyediaan linen steril
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Kesiapan alat steril dapat terkontrol
Definisi Operasional	Jumlah linen steril yang siap pakai untuk memenuhi kebutuhan linen steril di kamar operasi dan ruang pelayanan lainnya.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah linen steril
Denominator	Jumlah linen on steril dalam packing
Sumber data	Laporan stok linen steril
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

10) Pelayanan Pemeliharaan Sarana

a. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Sarana Prasarana RS

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan sarana prasarana RS
Dimensi Mutu	Efektivitas, 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 dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

b. Kecepatan Waktu Perbaikan Sarana dan Prasarana RS

Judul	Kecepatan Waktu Perbaikan Sarana dan Prasarana RS
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan

Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam laporan kerusakan yg <u>bersifat ringan</u>
Definisi Operasional	Kecepatan Waktu Perbaikan Sarana & Prasarana RS yg bersifat ringan, bahan (spare part) tersedia adalah : kecepatan waktu yang dibutuhkan teknisi dalam menindaklanjuti laporan kerusakan sarana & prasarana RS yang bersifat ringan mulai dari pemeriksaan, kesimpulan jenis kerusakan sampai dengan tindakan perbaikan. Kerusakan yang bersifat ringan adalah bahan tersedia dan teknisi menguasai. Maksimal waktu yang dibutuhkan oleh teknisi adalah 2,5 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan sarana dan prasarana RS yang bersifat ringan, yang ditanggapi $\leq 2,5$ jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan sarana dan prasarana RS yang bersifat ringan dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan sarana dan prasarana RS
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

11) Pelayanan sterilisasi

Judul	Ketepatan Waktu Penyediaan Alat Steril
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam memberikan layanan sterilisasi alat yang akan digunakan untuk pelayanan.

Definisi Operasional	Kecepatan waktu yang dibutuhkan petugas sterilisasi mulai dari penerimaan, pencatatan, pencucian alat, memasukkan dalam alat sterilisasi hingga alat di distribusi ke unit kerja.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permohonan sterilisasi yang dilakukan \leq 14 jam
Denominator	Total permohonan sterilisasi alat dalam 1 bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

12) Pelayanan informasi dan komunikasi

Judul	Ketersediaan tim informasi dan komunikasi rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap kemudahan akses informasi dan komunikasi
Definisi Operasional	Keberadaan tim rumah sakit yang bertugas memberikan informasi terkait seluruh aktifitas layanan yang ada di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tim informasi dan komunikasi di Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Rumah sakit

Standar	Satu tim
Penanggung jawab	Kepala Seksi Penunjang Medik

3. SPM RSUD pada Subbagian Tata Usaha

1) Pelayanan Administrasi Manajemen

a. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Demoninator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Subbag Tata Usaha

b. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, ketepatan waktu
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi RS dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja

	pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban RS untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/ kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM, rencana strategi bisnis rumah sakit, dan indikator kinerja lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah dan atau RS
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) tahun
Periode Analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dalam satu tahun
Demoninator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Subbag Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Subbag Tata Usaha

c. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RS terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober

Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Demoninator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Subbag Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Subbag Tata Usaha

d. Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974 dan UU No 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan Surat Keputusan kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun.
Demoninator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Subbag Tata Usaha
Standar	100%

Penanggung jawab	Kepala Subbag Tata Usaha
------------------	--------------------------

e. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RS terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di Rumah Sakit ataupun di luar Rumah Sakit yang bukan merupakan pendidikan formal minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Demoninator	Jumlah seluruh karyawan RS
Sumber data	Subbag Tata Usaha
Standar	□ 60%
Penanggung jawab	Kepala Subbag Tata Usaha

f. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan Keuangan Rumah Sakit

Definisi Operasional	Laporan Keuangan adalah bentuk pertanggungjawaban BLU berupa Laporan Realisasi Anggaran, Laporan Perubahan Saldo Anggaran Lebih, Neraca, Laporan Operasional, Laporan Arus Kas, Laporan Perubahan Ekuitas dan Catatan Atas Laporan Keuangan Laporan Keuangan harus diselesaikan tepat waktu yaitu paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya setiap Tribulan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah Laporan Keuangan yang diselesaikan paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya setiap tribulan.
Demoninator	Jumlah Laporan Keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Subbag Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Subbag Tata Usaha

g. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tercapainya kecepatan pemberian informasi tagihan pasien rawat inap kurang dari 2 (dua) jam
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan • Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu

	mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter dan atau permintaan pasien sampai dengan informasi tagihan diterima pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Demoninator	Jumlah total pasien rawat inap pulang
Sumber data	Subbag Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Subbag Tata Usaha

2) Pelayanan Ambulans/kereta jenazah

a. Waktu Pelayanan Ambulance

Judul	Waktu pelayanan ambulance
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Unit Gawat Darurat
Standar	24 jam

Penanggung jawab	Kepala Subbag Tata Usaha
------------------	--------------------------

b. Response Time Pelayanan Ambulance Gawat Darurat 118
Oleh Masyarakat yang Membutuhkan

Judul	Response Time Pelayanan Ambulance Gawat Darurat 118 Oleh masyarakat yang membutuhkan.
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan ambulance gawat darurat 118 yang cepat, responsif bagi masyarakat yang membutuhkan
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan ambulance gawat darurat 118 oleh masyarakat yang membutuhkan adalah sejak masyarakat yang membutuhkan menghubungi/ menelpon urusan kendaraan sampai ambulance gawat darurat 118 tiba dilokasi minimal 30 menit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah ambulance gawat darurat 118 yang tiba di lokasi < 30 menit
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance gawat darurat 118
Sumber Data	Unit Gawat Darurat
Standar	80%
Penanggung jawab	Kepala Subbag Tata Usaha

BUPATI BANTUL,

ttd

ABDUL HALIM MUSLIH