



BUPATI BANGGAI KEPULAUAN  
PROVINSI SULAWASI TENGAH

PERATURAN BUPATI BANGGAI KEPULAUAN  
NOMOR 14 TAHUN 2023

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
UNIT PELAKSANA TEKNIS DINAS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
TRIKORA SALAKAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANGGAI KEPULAUAN,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Unit Pelaksana Teknis Dinas Rumah Sakit Umum Daerah Trikora Salakan;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 51 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Buol, Kabupaten Morowali dan Kabupaten Banggai Kepulauan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 179, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3900), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2000 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 51 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Boul, Kabupaten Morowali dan Kabupaten Banggai Kepulauan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 78, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3966);
3. 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 terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH UNIT PELAKSANA TEKNIS DINAS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TRIKORA SALAKAN.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Banggai Kepulauan.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Banggai Kepulauan.
4. Perangkat Daerah adalah unsur pembantu Bupati dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam penyelenggaraan Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah.
5. Dinas Kesehatan adalah Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan dibidang Kesehatan di Kabupaten Banggai Kepulauan.
6. Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan yang selanjutnya disingkat SPM Kesehatan merupakan ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.
7. Kriteria merupakan faktor-faktor penentu serta karakteristik dari jenis pelayanan, indikator dan nilai, batas waktu pencapaian, dan pengorganisasian penyelenggaraan pelayanan dimaksud.
8. Indikator SPM adalah tolak ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian SPM, berupa masukan, proses, keluaran, hasil dan/atau manfaat pelayanan.
9. Pengembangan kapasitas adalah upaya meningkatkan kemampuan sistem atau sarana dan prasarana, kelembagaan, personil, dan keuangan untuk melaksanakan fungsi-fungsi pelayanan dalam rangka mencapai tujuan pelayanan dan/atau SPM secara efektif dan efisien dengan menggunakan prinsip-prinsip tata kelola yang baik.
10. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
11. Badan Layanan Umum Daerah Unit Pelaksana Teknis Dinas Rumah Sakit Umum Daerah Trikora Salakan Kabupaten

Banggai Kepulauan yang selanjutnya disebut BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan adalah Unit Pelaksana Teknis Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah.

12. Direktur adalah Direktur BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan.
13. Dewan Pengawas BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan Kabupaten Banggai Kepulauan yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.
14. Pelayanan Rumah sakit adalah pelayanan kesehatan yang diberikan BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan yaitu segala kegiatan dan jasa yang diberikan kepada pasien yang meliputi anastesis, pemeriksaan, pengobatan, pelayanan penunjang, tindakan dan perawatan untuk meningkatkan kualitas kesehatan pasien.
15. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur mutu layanan minimal yang diberikan RSUD Trikora kepada masyarakat/ pengguna jasa.

## Pasal 2

Ruang lingkup yang di atur dalam Peraturan Bupati ini meliputi :

- a. standar pelayanan minimal;
- b. pengorganisasian;
- c. monitoring dan evaluasi;
- d. pembinaan, pengawasan, dan pelaporan; dan
- e. pengembangan kapasitas.

## BAB II

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL

## Pasal 3

- (1) SPM BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan merupakan pedoman dan acuan batasan layanan minimal yang seharusnya dipenuhi oleh BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan di dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada instansi pengguna dan masyarakat.
- (2) SPM BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
  - a. komponen SPM;
  - b. indikator SPM;
  - c. ketercapaian minimal;
  - d. batas waktu pencapaian SPM; dan
  - e. uraian SPM.
- (3) SPM BLUD UPTD RSUD Trikora sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a sampai dengan huruf e merupakan penjabaran sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

### BAB III PENGORGANISASIAN

#### Pasal 4

- (1) SPM BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 dilaksanakan oleh seluruh komponen BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan untuk meningkatkan pelayanan kepada instansi pengguna dan masyarakat.
- (2) Guna pelaksanaan dan pencapaian SPM BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) seluruh pejabat struktural di lingkungan BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan bertanggung jawab sesuai dengan jenjang kewenangannya masing-masing.
- (3) Pelaksanaan dan pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) menjadi tanggungjawab sepenuhnya Direktur.

### BAB IV MONITORING DAN EVALUASI

#### Pasal 5

- (1) Monitoring dan evaluasi umum terhadap kinerja penerapan dan pencapaian SPM BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan dilakukan oleh Bupati dibantu oleh Dewan Pengawas.
- (2) Dewan Pengawas menyampaikan hasil monitoring dan evaluasi umum kinerja penerapan dan pencapaian SPM BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Bupati.
- (3) Hasil monitoring dan evaluasi umum sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dipergunakan oleh Bupati untuk perbaikan dan penyempurnaan secara berkelanjutan.

#### Pasal 6

- (1) Direktur melakukan monitoring dan evaluasi teknis terhadap kinerja penerapan dan pencapaian SPM BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan, dengan berkoordinasi dengan Dewan Pengawas.
- (2) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan minimal sekali dalam 1 (satu) tahun oleh Direktur.

#### Pasal 7

Hasil monitoring dan evaluasi penerapan dan pencapaian SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 dan Pasal 6 dipergunakan sebagai :

- a. bahan masukan bagi pengembangan kapasitas BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan dalam pencapaian SPM; dan
- b. bahan pertimbangan dalam pembinaan dan pengawasan penerapan SPM lebih lanjut.

BAB V  
PEMBINAAN, PENGAWASAN DAN PELAPORAN

Pasal 8

- (1) Pembinaan dan pengawasan umum atas penerapan dan pencapaian SPM BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan dilaksanakan oleh Bupati.
- (2) Pembinaan dan pengawasan atas penerapan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikoordinasikan oleh Direktur dengan Dewan Pengawas sebagai wakil Pemerintah Daerah.
- (3) Pembinaan dan pengawasan atas penerapan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (2) mencakup pembinaan dan pengawasan klinis dan keuangan.

Pasal 9

- (1) Direktur melakukan pembinaan dan pengawasan teknis atas penerapan dan pencapaian SPM BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan.
- (2) Untuk mendukung penerapan dan pencapaian SPM BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan, Direktur menyusun petunjuk teknis yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

Pasal 10

- (1) Direktur menyusun dan menyampaikan laporan umum tahunan kinerja penerapan dan pencapaian SPM kepada Bupati melalui Dewan Pengawas maksimal bulan Januari tahun berikutnya.
- (2) Dewan Pengawas menyampaikan ringkasan laporan umum tahunan kinerja penerapan dan pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Bupati.
- (3) Berdasarkan laporan tahunan kinerja penerapan dan pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) Bupati melakukan evaluasi.

BAB VI  
PENGEMBANGAN KAPASITAS

Pasal 11

- (1) Dalam rangka tindaklanjut hasil monitoring dan evaluasi atas penerapan dan pencapaian SPM BLUD UPTD RSUD Trikora Salakan, Direktur berkewajiban melakukan pengembangan kapasitas untuk mendukung penerapan dan pencapaian SPM.
- (2) Pengembangan kapasitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) difasilitasi oleh Direktur melalui peningkatan kemampuan sistem, kelembagaan, personil, dan keuangan.
- (3) Fasilitasi pengembangan kapasitas sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berupa :
  - a. pemberian orientasi umum;

- b. petunjuk teknis;
- c. bimbingan teknis; dan/atau
- d. pendidikan dan pelatihan.

BAB VII  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Salakan  
pada tanggal 19 Juni 2023

Pj. BUPATI BANGGAI KEPULAUAN,

  
IHSAN BASIR

Diundangkan di Salakan  
pada tanggal 19 Juni 2023

SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN BANGGAI KEPULAUAN,

  
RUSLI MOIDADY

BERITA DAERAH KABUPATEN BANGGAI KEPULAUAN  
TAHUN 2023 NOMOR 14



BERITA DAERAH  
KABUPATEN BANGGAI KEPULAUAN  
PERATURAN BUPATI BANGGAI KEPULAUAN  
NOMOR 14 TAHUN 2023  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN  
LAYANAN UMUM DAERAH UNIT  
PELAKSANA TEKNIS DINAS RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH TRIKORA SALAKAN

LAMPIRAN  
 PERATURAN BUPATI BANGGAI KEPULAUAN  
 NOMOR 14 TAHUN 2023  
 TENTANG  
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
 UNIT PELAKSANA TEKNIS DINAS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
 TRIKORA SALAKAN

A. KOMPONEN DAN INDIKATOR SPM

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	RENCANA CAPAIAN SPM				PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2023	2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	
<b>1</b>	<b>Pelayanan Gawat Darurat</b>	Input	1	Kemampuan menangani <i>life saving</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat
			2	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yg bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/A LS	100%	25%	25%	25%	50%	100%	Kasubag Umum dan Kepegawaian
			3	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	tidak ada	tidak ada	1 tim	1 tim	1 tim	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		Proses	4	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Kepala Instalasi Gawat Darurat
			5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	< 5 Menit terlayani, setelah pasien datang	< 3 Menit	< 3 Menit	< 3 Menit	< 3 Menit	< 3 Menit	Kepala Instalasi Gawat Darurat / ketua Tim Mutu / Panitia Mutu

2	Rawat Jalan		6	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		Output	7	Kematian pasien ≤ 8 jam	≤ 2 per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	< 3 per 1000	< 2 per 1000	< 1.5 per 1000	< 1.5 per 1000	< 1.5 per 1000	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		Outcome	8	Kepuasan pelanggan	≥ 70%	82%	85%	85%	90%	90%	Kepala Instalasi Gawat Darurat / ketua Tim Mutu / Panitia Mutu
		Input	1	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			2	Ketersediaan Pelayanan	Klinik Anak	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Rawat Jalan
					Klinik Penyakit dalam	v	v	v	v	v	
					Klinik Kebidanan	v	v	v	v	v	
					Klinik Bedah	v	v	v	v	v	
		Klinik Gigi	v	v	v	v	v				
		Proses	3	Jam buka pelayanan	100%(08.00s/d 12.00) setiap hari	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan

				kerja kecuali jumat 08.00- 11.00 diseluru h rawat jalan)							
			4	Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤60 menit	< 60 Menit	< 60 Menit	< 45 Menit	< 45 Menit	< 45 Menit	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu
			5	Penegakan diagnosis Tuberkolosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkolosis.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			6	Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			7	Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		Output	8	Peresepan obat Sesuai Formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
				Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60%	60%	80%	80%	80%	80%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		Outcome	9	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	80%	90%	90%	90%	90%	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu
<b>3</b>	<b>Rawat Inap</b>	Input	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	Dr. Spesialis Perawat minimal pendidi	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Rawat Inap
						v	v	v	v	v	

				kan D3							
			2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	Penyakit Dalam Kebidanan Bedah	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Rawat Inap
						v	v	v	v	v	
						v	v	v	v	v	
			4	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	> 90%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		Proses	5	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu
		Output	6	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	1%	1%	1%	1%	1%	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu
			7	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	1%	1%	1%	1%	1%	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu
			8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24 %	0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			9	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	2%	2%	2%	2%	2%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			10	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60 %	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap

		Out come	11	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	95%	95%	95%	95%	95%	Kepala Instalasi Rawat Inap/komite mutu
4	Bedah Sentral	Input	1	Ketersediaan tim operator	Sesuai dengan kelas RS tipe c	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Bedah
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengan kelas RS tipe c	62%	70%	70%	70%	70%	Kepala Instalasi Bedah
			3	Kemampuan melakukan tindakan operatif	Sesuai dengan kelas RS tipe c	90%	90%	90%	90%	90%	Kepala Instalasi Bedah
		Proses	4	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	Kepala Instalasi Bedah
			5	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			6	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			7	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			8	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik

			9	Komplikasi anestesi karena overdosis/reaksi anestesi, salah penempatan ET	≤ 6 %	1%	1%	1%	1%	1%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
		Out put	10	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%	0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
		Out come	11	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	90%	90%	90%	90%	90%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu
<b>5</b>	<b>Persalinan dan Perinatologi</b>	Input	1	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp. OG	v	v	v	v	v	Kepala KSM Kebidanan
					b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	v	v	v	v	v	
					c. Bidan	v	v	v	v	v	
			2	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	v	v	v	v	v	Kepala KSM Kebidanan
			3	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp. OG	v	v	v	v	v	Kepala KSM Kebidanan
					b. Dokter Sp. A	v	v	v	v	v	
					c. Dokter Sp. An	v	v	v	v	v	
			4	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Medik/Komite Mutu

		Proses	5	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %	38%	30%	25%	20%	20%	Komite Medik/Komite Mutu	
			6	Keluarga Berencana								Ketua Komite Mutu/Tim Mutu
			7	a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu
			8	b. Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu
		Out put	9	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 %	0.14%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	Komite Medik	
					b. Pre-eklampsia ≤ 30 %	0%	1%	1%	1%	1%		
					c. Sepsis ≤ 0,2 %	0.07%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%		
		Out come	10	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85%	90%	90%	90%	90%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu	
<b>6</b>	<b>Pelayanan Intensif</b>	Input	1	Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi ICU	

				yang ditangani						
				b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	8.3%	8.3%	24%	25%	30%	
		2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ICU	Sesuai kelas RS dan Standar ICU	<80%	85%	85%	85%	85%	Kepala Instalasi ICU
		3	Ketersediaan Tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan Standar ICU	<80%	85%	85%	85%	85%	Kepala Instalasi ICU
	Proses	4	kepatuhan terhadap hand hygiene	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi ICU
		5	Kejadian infeksi nosokomial	< 21 %	0%	5%	5%	5%	5%	Kepala Instalasi ICU
	Out put	6	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	0.4%	2%	2%	2%	2%	Komite Medik/Komite Mutu
	Out come	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	100%	90%	90%	90%	90%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

<b>7</b>	<b>Pelayanan radiologi</b>	Input	1	Pemberi pelayanan radiologi	a. dokter spesialis radiologi b. radiografer	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Radiologi
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiologi	Sesuai kelas rumah sakit	85%	85%	85%	85%	85%	Kepala Instalasi Radiologi
		Proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	Kepala Instalasi Radiologi
			4	Kerusakan foto	≤ 2%	0%	1%	1%	1%	1%	Kepala Instalasi Radiologi
			5	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Radiologi
		Output	6	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	dokter spesialis radiologi	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Radiologi
		Out come	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	85%	90%	90%	90%	90%	Ketua Tim Mutu/Humas
<b>8</b>	<b>Pelayanan patologi klinik</b>	Input	1	Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik	a. dokter spesialis patologi klinik b. analis	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Laboratorium
			2	Fasilitas dan peralatan	Sesuai kelas	80%	80%	80%	80%	85%	Kepala Instalasi Laboratorium

				rumah sakit								
			3	Kemampuan memeriksa HIV-AIDS	100% tersedia tenaga, peralatan dan reagen	90%	90%	90%	90%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium	
			4	Kemampuan mikroskopik TB Paru	100% tersedia tenaga, peralatan dan reagen	75%	85%	90%	90%	90%	Kepala Instalasi Laboratorium	
		Proses	5	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤ 120 Menit	120 Menit	120 Menit	120 Menit	120 Menit	120 Menit	Komite Medik/Komite Mutu	
			6	Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Medik/Komite Mutu
		Output	7	Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik	dokter Spesialis Patologi klinik	85%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium	
			8	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik	100%	97%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
			9	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
		Outcome	10	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	97%	95%	95%	95%	95%	Kepala Instalasi Laboratorium	
<b>9</b>	<b>Pelayanan Rehabilitas</b>	Input	1	Pemberi pelayanan rehabilitasi medis	Sesuai persyar						Kepala Instalasi Rehabilitasi	

	<b>i Medis</b>				atan rumah sakit tipe C						Medik	
			2	Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medis	Sesuai persyaratan rumah sakit tipe C						Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik	
		Proses	3	Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medis	100%							Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
		Output	4	Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medis yang direncanakan	<50%							Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
		Outcome	5	Kepuasan pelanggan	>80%							Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
<b>10</b>	<b>Pelayanan Farmasi</b>	Input	1	Pemberi pelayanan farmasi	Sesuai persyaratan rumah sakit tipe C	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Farmasi	
2			Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai persyaratan rumah sakit tipe C	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Farmasi		
3			Ketersediaan formularium	Ketersediaan dan update paling	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Farmasi		

					lama 3 (tiga) tahun						
		Proses	4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	<30 menit	15 Menit	20 Menit	20 Menit	20 Menit	20 Menit	Kepala Instalasi Farmasi
			5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	<60 menit	21 Menit	21 Menit	21 Menit	21 Menit	21 Menit	Kepala Instalasi Farmasi
		Output	6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	98%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Farmasi
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	>80%	82%	90%	90%	90%	90%	Kepala Instalasi Farmasi
			8	Penulisan resep sesuai formularium	100%	95%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Farmasi
<b>11</b>	<b>Pelayanan Gizi</b>	Input	1	Pemberi pelayanan gizi	sesuai pola ketenagaaan tersedia	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi
			2	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Sesuai persyaratan rumah sakit tipe C	90%	90%	90%	90%	90%	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap
			3	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	>90%	95%	95%	95%	95%	95%	Kepala Instalasi Gizi
			4	Tidak adanya kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap
		Output	5	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	<20%	5%	10%	10%	10%	10%	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

		Outcome	6	Kepuasan pelanggan	>80%	85%	85%	85%	85%	85%	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap	
12	Pelayanan Transfusi Darah	Input	1	Tenaga penyedia pelayanan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS						Kepala Instalasi Laboratorium	
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS						Kepala Instalasi Laboratorium	
		Proses	3	Kejadian reaksi transfusi	<0.01%						Kepala Instalasi Laboratorium	
		Output	4	Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan transfusi di rumah sakit	100%						Kepala Instalasi Laboratorium	
		Outcome	5	Kepuasan pelanggan	>80%						Kepala Instalasi Laboratorium	
13	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	Input	1	Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Direktur Rumah Sakit	
			2	Ada kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Direktur Rumah Sakit	
		Proses	3	Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	<15 menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu
				Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu
		Output		Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
		Outcome		Kepuasan pelanggan	>80%	85%	90%	90%	90%	90%	90%	Ketua Komite Mutu
14	Pelayanan Rekam	Input	1	Pemberi pelayanan rekam medik	sesuai persyar	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Rekam Medik	

	<b>Medik</b>				atan						
		Proses	2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	<10 menit	8 Menit	8 Menit	8 Menit	8 Menit	8 Menit	Kepala Instalasi Rekam Medik
			3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	<15 menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit	10 Menit
		Output	4	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	50%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rekam Medik
			5	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%
		Outcome	6	Kepuasan pelanggan	>80%	80%	90%	90%	90%	90%	Kepala Instalasi Rekam Medik
<b>15</b>	<b>Pengelolaan Limbah</b>	Input	1	Adanya penanggungjawab pengelolaan limbah rumah sakit	adanya SK direktur sesuai kelas rumah sakit (Permenkes No 1204 tahun 2004	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit; padat dan cair	sesuai peraturan perundang-undangan	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

		Proses	3	Pengelolaan limbah cair	sesuai peraturan perundang-undangan	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
			4	Pengelolaan limbah padat	sesuai peraturan perundang-undangan	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
		Output	5	Baku mutu limbah cair	BOD<30mg/l COD<80mg/l TSS<30mg/l PH 6-9	<30mg/l <80mg/l <30mg/l PH 6-9	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit				
<b>16</b>	<b>Administrasi dan Manajemen</b>	Input	1	Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	>90%	90%	95%	95%	95%	95%	Direktur Rumah Sakit
			2	Peraturan internal rumah sakit	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Direktur Rumah Sakit
			3	Peraturan karyawan rumah sakit	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Direktur Rumah Sakit
			4	Daftar urutan kepangkatan karyawan	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Direktur Rumah Sakit
			5	Perencanaan strategis bisnis rumah sakit	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Direktur Rumah Sakit
			6	Perencanaan pengembangan SDM	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Direktur Rumah Sakit

		Proses	7	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
		Output	8	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha
			9	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha
			10	Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	>90%	70%	90%	90%	90%	90%	Bagian Pendidikan dan pelatihan
			11	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset
			12	Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	<2 jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset
			13	<i>Cost recovery</i>	>60%	45%	60%	70%	80%	80%	Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset
			14	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
			15	Karyawan mendapatkan pelatihan minimal 20 jam kerja per tahun	>60%	80%	80%	80%	80%	80%	Kepala Bagian Tata Usaha
			16	Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%	70%	100%	100%	100%	100%	Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset
<b>17</b>	<b>Pelayanan ambulans dan mobil jenazah</b>	Input	1	Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Kepala Instalasi IGD/Pemulasaran Jenazah
			2	Penyediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Sopir ambulans terlatih	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi IGD/Pemulasaran Jenazah

			3	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Mobil ambulans dan mobil jenazah terpisah	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi IGD/Pemulasaran Jenazah
		Proses	4	Kecepatan pemberian layanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	<30 menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	Kepala Instalasi IGD/Pemulasaran Jenazah
			5	Waktu tanggap pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	<30 menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	30 Menit	Kepala Instalasi IGD/Pemulasaran Jenazah
		Output	6	Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi IGD/Pemulasaran Jenazah
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	>80%	90%	90%	90%	90%	90%	Kepala Instalasi IGD/Pemulasaran Jenazah
<b>18</b>	<b>Perawatan Pemulasaran Jenazah</b>	Input	1	Ketersediaan pelayanan perawatan jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan kamar jenazah	Sesuai persyaratan rumah sakit tipe C	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
			3	Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	ada SK direktur	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah
		Proses	4	Waktu tanggap pelayanan perawatan jenazah	<15 menit setelah di kamar	15 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

					jenazah							
			5	Perawatan jenazah sesuai standar <i>universal precaution</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah	
			6	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah	
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	>80%	80%	90%	90%	90%	90%	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah	
<b>19</b>	<b>Pelayanan Laundry</b>	Input	1	Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Laundry	
			2	Adanya penanggungjawab pelayanan laundry	ada SK direktur	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Laundry	
			3	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan laundry	Tersedia	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Laundry	
		Proses	4	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry
			5	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry
		Output	6	Ketersediaan linen	2.5 - 3 set x jumlah tempat tidur	v	v	v	v	v	v	Kepala Instalasi Laundry
			7	Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry
		<b>20</b>	<b>Pemeliharaan Sarana Rumah sakit</b>	Input	1	Adanya penanggungjawab pemeliharaan sarana rumah sakit	SK Direktur	v	v	v	v	v

			2	Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia sesuai standar rumah sakit tipe c	Belum Tersedia	Belum Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
		Proses	3	Waktu tanggap kerusakan alat	>80%	95%	95%	95%	95%	95%	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
			4	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
			5	Ketepatan waktu kalibrasi alat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
		Output	6	Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
<b>21</b>	<b>Pencegahan dan Pengendalian Infeksi</b>	Input	1	Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota tim PPI >75% yang terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Tim PPI
			2	Ketersediaan APD disetiap instalasi/departemen	>60%	90%	90%	90%	90%	90%	Ketua Tim PPI
			3	Rencana program PPI	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Ketua Tim PPI
		Proses	4	Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%	95%	100%	100%	100%	100%	Ketua Tim PPI

			5	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Tim PPI
		Output	6	Pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ <i>healthcare associated infection (HAI)</i> di rumah sakit	>75%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Tim PPI
<b>22</b>	<b>Pelayanan Keamanan</b>	Input	1	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum
			2	Sistem pengamanan	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum
		Proses	3	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling rumah sakit	Setiap jam	Setiap jam	Setiap jam	Setiap jam	Setiap jam	Setiap jam	Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum
			4	Evaluasi terhadap sistem pengamanan	Setiap 3 bulan	v	v	v	v	v	Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum
		Output	5	Tidak adanya barang milik pasien dan karyawan yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum
		Outcome	6	Kepuasan pelanggan	>90%	95%	95%	95%	95%	95%	Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum

B. KETERCAPAIAN MINIMAL DAN BATAS WAKTU PENCAPAIAN SPM

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	PENCAPAIAN AWAL	CAPAIAN SPM					PENANGGUNG JAWAB	
		JENIS	URAIAN			2018	2019	2020	2021	2022		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
<b>1</b>	<b>Pelayanan Gawat Darurat</b>	Input	1	Kemampuan menangani <i>life saving</i>	100%						100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat
			2	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yg bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%						25%	Kasubag Umum dan Kepegawaian
			3	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim						Tidak ada	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		Proses	4	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam						24 Jam	Kepala Instalasi Gawat Darurat
			5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	< 5 Menit terlayani, setelah pasien datang						<3 menit	Kepala Instalasi Gawat Darurat / ketua Tim Mutu / Panitia Mutu
			6	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%						100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		Output	7	Kematian pasien ≤ 8 jam	≤ 2 per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)						Belum tercapai	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		Outcome	8	Kepuasan pelanggan	≥ 70%						82%	Kepala Instalasi Gawat Darurat / ketua Tim Mutu / Panitia Mutu
<b>2</b>	<b>Rawat Jalan</b>	Input	1	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis		100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			2	Ketersediaan Pelayanan	Klinik Anak		√	√	√	√	√	Kepala Instalasi Rawat Jalan
					Klinik Penyakit dalam		√	√	√	√	√	

				Klinik Kebidanan		√	√	√	√	√	
				Klinik Bedah		√	√	√	√	√	
				Klinik Gigi		√	√	√	√	√	
		Proses	3	Jam buka pelayanan	100%(08.00s/d 12.00) setiap hari kerja kecuali jumat 08.00-11.00 diseluruh rawat jalan)	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			4	Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤60 menit						Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu
			5	Penegakan diagnosis Tuberkolosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkolosis.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			6	Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	-	-	-	-	-	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			7	Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		Output	8	Peresepan obat Sesuai Formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
				Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60%						Kepala Instalasi Rawat Jalan
		Outcome	9	Kepuasan pelanggan	≥ 90%	80%	80%	80%	80%	80%	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu
<b>3</b>	<b>Rawat Inap</b>	Input	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	Dr. Spesialis	√	√	√	√	√	Kepala Instalasi Rawat Inap
					Perawat minimal pendidikan D3	√	√	√	√	√	
			2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap

			3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	Penyakit Dalam		√	√	√	√	√	Kepala Instalasi Rawat Inap	
					Kebidanan		√	√	√	√	√		
					Bedah		√	√	√	√	√		
				4	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %		> 80 %	> 80 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	Kepala Instalasi Rawat Inap
		Proses		5	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.0 setiap hari kerja		> 80 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu
		Out put		6	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %		1%	0%	0%	0%	1%	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu
				7	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %		0%	0%	1%	1%	1%	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu
				8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24 %		0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Rawat Inap
				9	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %							Kepala Instalasi Rawat Inap
				10	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60 %		100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		Out come		11	Kepuasan pelanggan	≥ 90%		80%	85%	90%	95%	95%	Kepala Instalasi Rawat Inap/komite mutu
		4	Bedah Sentral	Input	1	Ketersediaan tim operator	Sesuai dengan kelas RS tipe c		√	√	√	√	√
2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi				Sesuai dengan kelas RS tipe c		60%	60%	61%	62%	62%	Kepala Instalasi Bedah	
3	Kemampuan melakukan tindakan operatif				Sesuai dengan kelas RS tipe c		> 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	Kepala Instalasi Bedah	

		Proses	4	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 har		1 hari	Kepala Instalasi Bedah					
			5	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			6	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			7	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			8	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
			9	Komplikasi anestesi karena overdosis/reaksi anestesi, salah penempatan ET	≤ 6 %		1%	0%	0%	0%	0%	1%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
		Out put	10	Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%		0%	0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik
		Out come	11	Kepuasan pelanggan	≥ 90%								Ketua Komite Mutu/Tim Mutu
<b>5</b>	<b>Persalinan dan Perinatologi</b>	Input	1	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG		√	√	√	√	√	Kepala KSM Kebidanan	
					b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)		√	√	√	√	√		
					c. Bidan		√	√	√	√	√		
		2	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih				√	√	√	Kepala KSM Kebidanan		
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG		√	√	√	√	√	Kepala KSM Kebidanan		
				b. Dokter Sp.A		√	√	√	√	√			
c. Dokter Sp.An				√	√	√	√	√					

			4	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%		100%	100%	100%	100%	100%	Komite Medik/Komite Mutu	
		Proses	5	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %		-	-	35%	46%	38%	Komite Medik/Komite Mutu	
			6	Keluarga Berencana								Ketua Komite Mutu/Tim Mutu	
			7	a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih	100%				100%	100%	100%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu	
			8	b. Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%				100%	100%	100%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu	
		Out put	9	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 %				0	0.22%	0.14%	Komite Medik	
					b. Pre-eklampsia ≤ 30 %					0.12%	0.22%		0
					c. Sepsis ≤ 0,2 %					0	0		0.07%
		Out come	10	Kepuasan pelanggan	≥ 80%							Ketua Komite Mutu/Tim Mutu	
<b>6</b>	<b>Pelayanan Intensif</b>	Input	1	Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani		100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi ICU	
					b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)		16.7%	16.7%	16.7%	16.7%	8.3%		
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ICU	Sesuai kelas RS dan Standar ICU		> 80 %	> 80 %	> 80 %	> 80 %	> 80 %	> 80 %	Kepala Instalasi ICU
			3	Ketersediaan Tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan Standar ICU		-	> 80 %	> 80 %	> 80 %	> 80 %	> 80 %	Kepala Instalasi ICU

		Proses	4	kepatuhan terhadap hand hygiene	100%		100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi ICU	
			5	Kejadian infeksi nosokomial	< 21 %		0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi ICU	
		Out put	6	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %		0%	0%	0%	0%	0,4%	Komite Medik/Komite Mutu	
		Out come	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80%		100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu	
7	Pelayanan radiologi	Input	1	Pemberi pelayanan radiologi a. dokter spesialis radiologi b. radiografer		√	√	√	√	√		Kepala Instalasi Radiologi	
						√	√	√	√	√			
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiologi	Sesuai kelas rumah sakit		80%	80%	85%	85%	85%		Kepala Instalasi Radiologi
		Proses	3	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam		2 jam	2 jam	2 ½ jam	2 jam	1 jam		Kepala Instalasi Radiologi
			4	Kerusakan foto	≤ 2%		0,5 %	0,5 %	0%	0%	0%		Kepala Instalasi Radiologi
			5	Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100%		100%	100%	100%	100%	100%		Kepala Instalasi Radiologi
		Out put	6	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	dokter spesialis radiologi		100%	100%	100%	100%	100%		Kepala Instalasi Radiologi
Out come	7	Kepuasan pelanggan	≥ 80%								Ketua Tim Mutu/Humas		
8	Pelayanan patologi klinik	Input	1	Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik a. dokter spesialis patologi klinik b. analis		√	√	√	√	√		Kepala Instalasi Laboratorium	
						√	√	√	√	√			
			2	Fasilitas dan peralatan	Sesuai kelas rumah sakit								Kepala Instalasi Laboratorium
			3	Kemampuan memeriksa HIV-AIDS	100% tersedia tenaga, peralatan dan reagen		85%	87%	90%	90%	90%		Kepala Instalasi Laboratorium
	4	Kemampuan mikroskopik TB Paru	100% tersedia tenaga, peralatan dan reagen		70%	70%	75%	75%	75%		Kepala Instalasi Laboratorium		

		Proses	5	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	≤ 120 Menit							Komite Medik/Komite Mutu	
			6	Tidak adanya kejadian tertukar specimen	100%		100%	85%	100%	100%	90%	Komite Medik/Komite Mutu	
		Output	7	Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik	dokter Spesialis Patologi klinik			100%	100%	100%	100%	85%	Kepala Instalasi Laboratorium
			8	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik	100%			100%	100%	100%	100%	97%	Kepala Instalasi Laboratorium
			9	Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%			100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
		Outcome	10	Kepuasan pelanggan	≥ 80%			95%	85%	95%	97%	97%	Kepala Instalasi Laboratorium
<b>9</b>	<b>Pelayanan Rehabilitasi Medis</b>	Input	1	Pemberi pelayanan rehabilitasi medis	Sesuai persyaratan rumah sakit tipe C							Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik	
			2	Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medis	Sesuai persyaratan rumah sakit tipe C								Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
		Proses	3	Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medis	100%								Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
		Output	4	Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medis yang direncanakan	<50%								Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
		Outcome	5	Kepuasan pelanggan	>80%								Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
<b>10</b>	<b>Pelayanan Farmasi</b>	Input	1	Pemberi pelayanan farmasi	Sesuai persyaratan rumah sakit tipe C							Kepala Instalasi Farmasi	
			2	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi	Sesuai persyaratan rumah sakit tipe C								Kepala Instalasi Farmasi

			3	Ketersediaan formularium	Ketersediaan dan update paling lama 3 (tiga) tahun							Kepala Instalasi Farmasi
		Proses	4	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	<30 menit		15 menit	17 menit	21 menit	19 menit	15 menit	Kepala Instalasi Farmasi
			5	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	<60 menit		25 menit	15 menit	14 menit	25 menit	21 menit	Kepala Instalasi Farmasi
		Output	6	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%		98%	97%	95%	95%	98%	Kepala Instalasi Farmasi
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	>80%		92%	90%	80%	80%	82%	Kepala Instalasi Farmasi
			8	Penulisan resep sesuai formularium	100%		95%	98%	96%	96%	95%	Kepala Instalasi Farmasi
<b>11</b>	<b>Pelayanan Gizi</b>	Input	1	Pemberi pelayanan gizi	sesuai pola ketenagaan tersedia		90%	90%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi
			2	Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Sesuai persyaratan rumah sakit tipe C		50%	50%	70%	80%	90%	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap
			3	Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	>90%		95%	95%	95%	95%	95%	Kepala Instalasi Gizi
			4	Tidak adanya kesalahan pemberian diet	100%		100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap
		Output	5	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	<20%		10%	10%	10%	10%	5%	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap
		Outcome	6	Kepuasan pelanggan	>80%		85%	85%	85%	85%	85%	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

12	Pelayanan Transfusi Darah	Input	1	Tenaga penyedia pelayanan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS							Kepala Instalasi Laboratorium
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS							Kepala Instalasi Laboratorium
		Proses	3	Kejadian reaksi transfusi	<0.01%							Kepala Instalasi Laboratorium
		Output	4	Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan transfusi di rumah sakit	100%							Kepala Instalasi Laboratorium
		Outcome	5	Kepuasan pelanggan	>80%							Kepala Instalasi Laboratorium
13	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	Input	1	Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	Tersedia							Direktur Rumah Sakit
			2	Ada kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	Ada							Direktur Rumah Sakit
		Proses	3	Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	<15 menit							Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu
				Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%							Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu
		Output		Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	100%							Direktur Rumah Sakit
		Outcome		Kepuasan pelanggan	>80%							Ketua Komite Mutu
14	Pelayanan Rekam Medik	Input	1	Pemberi pelayanan rekam medik	sesuai persyaratan		√	√	√	√	√	Kepala Instalasi Rekam Medik
		Proses	2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	<10 menit		9 menit	7 menit	8 menit	9 menit	8 menit	Kepala Instalasi Rekam Medik

			3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	<15 menit		12 menit	9 menit	10 menit	12 menit	10 menit	Kepala Instalasi Rekam Medik
		Output	4	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%		50%	70%	50%	60%	50%	Kepala Instalasi Rekam Medik
			5	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%		80%	80%	80%	80%	80%	Kepala Instalasi Rekam Medik
		Outcome	6	Kepuasan pelanggan	>80%		80%	80%	80%	80%	80%	Kepala Instalasi Rekam Medik
15	Pengelolaan Limbah	Input	1	Adanya penanggungjawab pengelolaan limbah rumah sakit	adanya SK direktur sesuai kelas rumah sakit (Permenkes No 1204 tahun 2004		√	√	√	√	√	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit; padat dan cair	sesuai peraturan perundang-undangan		√	√	√	√	√	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
		Proses	3	Pengelolaan limbah cair	sesuai peraturan perundang-undangan		√	√	√	√	√	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
			4	Pengelolaan limbah padat	sesuai peraturan perundang-undangan		√	√	√	√	√	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
		Output	5	Baku mutu limbah cair	BOD<30mg/l COD<80mg/l TSS<30mg/l PH 6-9							

16	Administrasi dan Manajemen	Input	1	Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	>90%							Direktur Rumah Sakit
			2	Peraturan internal rumah sakit	ada		ada	ada	ada	ada	ada	Direktur Rumah Sakit
			3	Peraturan karyawan rumah sakit	ada		ada	ada	ada	ada	ada	Direktur Rumah Sakit
			4	Daftar urutan kepangkatan karyawan	ada		ada	ada	ada	ada	ada	Direktur Rumah Sakit
			5	Perencanaan strategis bisnis rumah sakit	ada							Direktur Rumah Sakit
			6	Perencanaan pengembangan SDM	ada		ada	ada	ada	ada	ada	Direktur Rumah Sakit
		Proses	7	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%		100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
		Output	8	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%		100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha
			9	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	100%		100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha
			10	Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	>90%		60%	60%	65%	70%	70%	Bagian Pendidikan dan pelatihan
			11	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%		100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset
			12	Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	<2 jam		1 jam	Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset				
			13	<i>Cost recovery</i>	>60%		50%	50%	50%	50%	45%	Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset
			14	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%		100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit

			1 5	Karyawan mendapatkan pelatihan minimal 20 jam kerja per tahun	>60%						Kepala Bagian Tata Usaha		
			1 6	Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%		70%	70%	70%	70%	70%	Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset	
<b>17</b>	<b>Pelayanan ambulans dan mobil jenazah</b>	Input	1	Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	24 jam		24 jam	Kepala Instalasi IGD/Pemulasaran Jenazah					
			2	Penyediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Sopir ambulans terlatih		√	√	√	√	√	√	Kepala Instalasi IGD/Pemulasaran Jenazah
			3	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Mobil ambulans dan mobil jenazah terpisah		√	√	√	√	√	√	Kepala Instalasi IGD/Pemulasaran Jenazah
		Proses	4	Kecepatan pemberian layanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	<30 menit		30 menit	30 menit	Kepala Instalasi IGD/Pemulasaran Jenazah				
			5	Waktu tanggap pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	<30 menit		30 menit	30 menit	Kepala Instalasi IGD/Pemulasaran Jenazah				
		Output	6	Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi IGD/Pemulasaran Jenazah
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	>80%								Kepala Instalasi IGD/Pemulasaran Jenazah
<b>18</b>	<b>Perawatan Pemulasaran Jenazah</b>	Input	1	Ketersediaan pelayanan perawatan jenazah	24 jam							Kepala Instalasi Perawatan Jenazah	

			2	Ketersediaan fasilitas dan peralatan kamar jenazah	Sesuai persyaratan rumah sakit tipe C							Kepala Instalasi Perawatan Jenazah	
			3	Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	ada SK direktur							Kepala Instalasi Perawatan Jenazah	
		Proses	4	Waktu tanggap pelayanan perawatan jenazah	<15 menit setelah di kamar jenazah							Kepala Instalasi Perawatan Jenazah	
			5	Perawatan jenazah sesuai standar <i>universal precaution</i>	100%							Kepala Instalasi Perawatan Jenazah	
			6	Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100%							Kepala Instalasi Perawatan Jenazah	
		Outcome	7	Kepuasan pelanggan	>80%							Kepala Instalasi Perawatan Jenazah	
19	Pelayanan Laundry	Input	1	Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia		√	√	√	√	√	Kepala Instalasi Laundry	
			2	Adanya penanggungjawab pelayanan laundry	ada SK direktur		√	√	√	√	√	Kepala Instalasi Laundry	
			3	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan laundry	Tersedia		√	√	√	√	√	Kepala Instalasi Laundry	
		Proses	4	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry
			5	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry
		Output	6	Ketersediaan linen	2.5 - 3 set x jumlah tempat tidur		√	√	√	√	√	√	Kepala Instalasi Laundry
			7	Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry

20	Pemeliharaan Sarana Rumah sakit	Input	1	Adanya penanggungjawab pemeliharaan sarana rumah sakit	SK Direktur	√	√	√	√	√	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
			2	Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia sesuai standar rumah sakit tipe c	Belum tersedia	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit				
		Proses	3	Waktu tanggap kerusakan alat	>80%	90%	90%	95%	95%	95%	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
			4	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
			5	Ketepatan waktu kalibrasi alat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
		Output	6	Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Input	1	Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota tim PPI >75% yang terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Tim PPI
			2	Ketersediaan APD disetiap instalasi/departemen	>60%	80%	85%	90%	90%	90%	Ketua Tim PPI
			3	Rencana program PPI	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Ketua Tim PPI
		Proses	4	Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100%	90%	95%	95%	95%	95%	Ketua Tim PPI

			5	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%		100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Tim PPI	
		Output	6	Pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ <i>healthcare associated infection (HAI)</i> di rumah sakit	>75%		100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Tim PPI	
<b>22</b>	<b>Pelayanan Keamanan</b>	Input	1	Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%		100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum	
			2	Sistem pengamanan	ada		ada	ada	ada	ada	ada	Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum	
		Proses	3	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling rumah sakit	Setiap jam		Setiap jam	Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum					
			4	Evaluasi terhadap sistem pengamanan	Setiap 3 bulan		√	√	√	√	√	Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum	
		Output	5	Tidak adanya barang milik pasien dan karyawan yang hilang	100%		100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum	
		Outcome	6	Kepuasan pelanggan	>90%								Kepala Sub Bagian Kepegawaian dan Umum

C. URAIAN SPM

I.PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

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

2. Jam buka pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Penghimpunan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan

Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Dana	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Frekuensi Penghimpunan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Dana	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. 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 penanggulangan akibat bencana yang mungkin

	terjadi sewaktu – waktu
Frekuensi Penghimpunan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Dana	Kepegawaian
Standar	satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Penghimpunan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n = 50)
Sumber Dana	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan Sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di Survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di Survei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survei
Standar	>70%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

7. Kematian Pasien  $\leq$  24 jam di Gawat Darurat

Judul	<b>Kematian Pasien &lt;24 Jam di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian <24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode <24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	<2 perseribu
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	<b>Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka</b>
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi Pelayanan di klinik spesialis

Judul	<b>Pemberian pelayanan di klinik spesialis</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi Tehnis
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 privillage</i> yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu Bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis

	dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rawat jalan

## 2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan rawat jalan</b>
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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rawat jalan

## 3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	<b>Buka pelayanan sesuai ketentuan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d 12.00 setiap hari kerja dan jam 08.00 s.d 11.00 untuk hari jumat kecuali hari minggu
Frekuensi	Satu bulan

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam 1 bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rawat jalan

4. Waktu tunggu di rawat jalan

Judul	<b>Waktu tunggu di rawat jalan</b>
Dimensi Mutu	Akses
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 pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang diSurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang diSurvei
Sumber Data	Survei pasien rawat jalan
Standar	<60 menit
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rawat jalan / komite mutu

5. Kepuasan pelanggan di rawat jalan

Judul	<b>Kepuasan pelanggan pada rawat jalan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan

Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang diSurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang diSurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survei
Standar	>90%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu

6. Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	<b>Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS</b>
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopik tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standard penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penaggulangan nasional.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK

Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rawat jalan

### III. PELAYANAN RAWAT INAP

#### 1. Pemberi pelayanan rawat inap

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

#### 2. Dokter penanggungjawab pasien rawat inap

Judul	<b>Dokter penanggungjawab pasien rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggungjawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan

Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggungjawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rawat inap

### 3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	<b>Ketersediaan pelayanan rawat inap</b>
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 tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut)
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rawat inap

### 4. Jam visite dokter spesialis

Judul	<b>Jam visite dokter spesialis</b>
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter

Operasional	spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 s.d 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 s.d 14.00 yang diSurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang diSurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rawat inap / komite medik / panitia mutu

5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	<b>Kejadian infeksi pasca operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standard
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosocomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 X 24 Jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medic
Standar	<1.5%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rawat inap / komite medik / panitia mutu

6. Angka kejadian infeksi nosocomial

Judul	<b>Angka kejadian infeksi nosocomial</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosocomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosocomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi decubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosocomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosocomial
Standar	<1.5%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rawat inap / komite medik / panitia mutu

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

Judul	<b>Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien di rawat dalam bulan tersebut

Sumber Data	Rekam medic, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rawat inap

8. Kematian pasien >48 jam

Judul	<b>Kematian pasien &gt;48 Jam</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien >48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap >48 Jam dalam bulan tersebut
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medik
Standar	<0.24%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rawat inap

9. Kejadian pulang paksa

Judul	<b>Kejadian pulang paksa</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medic
Standar	<5%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rawta inap

10. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	<b>Kepuasan pelanggan rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang diSurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang diSurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	>90%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rawat inap / Komite mutu

11. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	<b>Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS</b>
Dimensi Mutu	Akses dan efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopik tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat

	anti tuberculosis yang sesuai dengan standard penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rawat inap

#### IV. BEDAH SENTRAL

##### 1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	<b>Waktu tunggu operasi elektif</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga 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 medik
Standar	<2 hari
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Ketua instalasi bedah sentral

2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	<b>Kejadian kematian di meja operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	<1%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medik

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan

Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	<100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medik

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	<b>Tidak adanya kejadian operasi salah orang</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	<100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medik

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	<b>Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan

	operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	<100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medik

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

Judul	<b>Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat 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	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	<100%

Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medik
----------------------------------	---

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

Judul	<b>Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medic
Standar	<6%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medik

## V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	<b>Kejadian kematian ibu karena persalinan</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
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 saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-

	eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, preeklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati - Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	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 medik
Standar	Pendarahan < 1% pre-eklampsia < 30%, sepsis < 0,2%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Komite medik

## 2. Pemberian pelayanan persalinan normal

Judul	<b>Pemberian pelayanan persalinan normal</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga 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%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Komite mutu

3. Pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	<b>Pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit</b>
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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam medik dan kepegawaian
Standar	Tersedia
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Komite mutu

4. Pemberian pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	<b>Pemberian pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp,OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi

Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Komite mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	<b>Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Komite medik/Komite mutu

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	<b>Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria</b>
-------	--

Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	<100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Komite mutu

#### 7. Keluarga berencana

Judul	<b>Keluarga berencana</b>
Dimensi Mutu	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber Data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Direktur Pelayanan Medik

## 8. Konseling KB Mantap

Judul	<b>Konseling KB Mantap</b>
Dimensi Mutu	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Definisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber Data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Direktur Pelayanan Medik

## 9. Kepuasan pelanggan

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga 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%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Ketua komite mutu/tim mutu

## VI. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul	<b>Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama &lt; 72 jam</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu <72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	<3%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Komite medik / komite mutu

2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	<b>Pemberi pelayanan unit intensif</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir

	ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Komite medik/komite mutu

## VII. PELAYANAN RADIOLOGI

### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	<b>Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medik
Standar	<3 jam
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi radiologi

### 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	<b>Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi	Pelaksanaan ekspertisi rontgen adalah dokter

Operasional	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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga 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 instalasi radiologi
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi radiologi

### 3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	<b>Kejadian kegagalan pelayanan rontgen</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan
Sumber Data	Register radiologi
Standar	<2%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi radiologi

#### 4. Kepuasan pelanggan

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang diSurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang diSurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	>80%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Ketua komite mutu / tim mutu

### VIII. PELAYANAN PATOLOGI KLINIK

#### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	<b>Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang diSurvei

	dalam bulan tersebut
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang diSurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	<140 menit
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi laboratorium

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	<b>Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber Data	Register instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi laboratorium

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	<b>Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium</b>
-------	---

Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi laboratorium

#### 4. Kepuasan pelanggan

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang diSurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang diSurvei
Sumber Data	Survei
Standar	>80%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi laboratorium

## IX. PELAYANAN FARMASI

### 1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	<b>Waktu tunggu pelayanan obat jadi</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, dan kesinambungan pelayanan
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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi yang diSurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diSurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	<30 menit
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi farmasi

### 2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	<b>Waktu tunggu pelayanan obat racikan</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang diSurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diSurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei

Standar	<60 menit
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi farmasi

3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	<b>Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salah dalam memberikan jenis obat</li> <li>- Salah dalam memberikan dosis</li> <li>- Salah orang</li> <li>- Salah jumlah</li> </ul>
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang diSurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang diSurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi farmasi

4. Kepuasan pelanggan

Judul	<b>Kepuasan pelanggan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan

Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang diSurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang diSurvei
Sumber Data	Survei
Standar	>80%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi farmasi

5. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	<b>Penulisan resep sesuai formularium</b>
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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi farmasi

X. PELAYANAN GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	<b>Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanam kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah

	ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapatkan makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	>90%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi gizi / kepala instalasi rawat inap

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	<b>Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa tidak termakan oleh pasien sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	>20%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi gizi / kepala instalasi rawat inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	<b>Tidak adanya kesalahan dalam pemberian</b>
-------	---

	<b>diet</b>
Dimensi Mutu	Keamanan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi gizi / kepala instalasi rawat inap

#### XI. PELAYANAN PASIEN KELUARGA MISKIN

1. Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan

Judul	<b>Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien keluarga miskin adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien keluarga miskin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber Data	Register pasien

Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Direktur rumah sakit

## XII. PELAYANAN REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	<b>Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rekam medik

2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	<b>Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk

	memberikan kepada pasien dan mendapatkan persetujuan dari pasien akan tindakan medic yang dilakukan
Definisi Operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapatkan informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medic yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rekam medik

### 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	<b>Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik yang

	diamati (n<100)
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medik untuk pasien lama
Standar	Rerata <10 menit
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rekam medik

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	<b>Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rekam medis

### XIII. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku mutu limbah cair

Judul	<b>Baku mutu limbah cair</b>
-------	------------------------------

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

2. Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	<b>Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga 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%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala IPRS

#### XIV. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

##### 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	<b>Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi</b>
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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber Data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Direktur rumah sakit

##### 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	<b>Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja</b>
-------	--

Dimensi Mutu	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian tata usaha
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Direktur rumah sakit

### 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

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

Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Bagian tata usaha

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	<b>Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Bagian tata usaha

5. Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	<b>Karyawan yang mendapatkan pelatihan</b>
-------	--

	<b>minimal 20 jam pertahun</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>60%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Bagian tata usaha

#### 6. Cost recovery

Judul	<b>Cost recovery</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian

Standar	>40%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Bagian tata usaha

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	<b>Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Bagian tata usaha

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	<b>Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan

	diterima oleh pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	<2 jam
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Bagian keuangan

9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

Judul	<b>Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Enam bulan
Periode Analisa	Enam bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber Data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Bagian keuangan

XV. PELAYANAN AMBULANS DAN MOBIL JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulans / mobil jenazah

Judul	<b>Waktu pelayanan ambulans / mobil jenazah</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Penanggungjawab ambulans/mobil jenazah

2. Kecepatan pemberian pelayanan ambulans / mobil jenazah di rumah sakit

Judul	<b>Kecepatan pemberian pelayanan ambulans / mobil jenazah di rumah sakit</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan

Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Penanggungjawab ambulans/mobil jenazah

## XVI. PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

### 1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah

Judul	<b>Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah</b>
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	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga 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
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

## XVII. PELAYANAN LAUNDRY

### 1. Tidak ada kejadian linen yang hilang

Judul	<b>Tidak ada kejadian linen yang hilang</b>
-------	---

Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	<b>Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Laundry

XVIII. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	<b>Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga 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%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala IPRS

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	<b>Ketepatan waktu pemeliharaan alat</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan

Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber Data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala IPRS

3. Peralatan laboratorium (dan alat ukur lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Judul	<b>Peralatan laboratorium (dan alat ukur lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Buku register
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi laboratorium

## XIX. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

Judul	<b>Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten

	untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI Definisi operasional Adalah anggota Tim P
Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Ketua komite PPI

## 2. Koordinasi APD

Judul	<b>Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)</b>
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber Data	Survei
Standar	75%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Tim PPI

## 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosocomial di rumah sakit

Judul	<b>Terlaksananya kegiatan pencatatan dan</b>
-------	--

	<b>pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit</b>
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	Survei
Standar	75%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Tim PPI

Pj. BUPATI BANGGAI KEPULAUAN,



IHSAN BASIR