



BUPATI BANGGAI KEPULAUAN
PROVINSI SULAWASI TENGAH

PERATURAN BUPATI BANGGAI KEPULAUAN
NOMOR 19 TAHUN 2023

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
UNIT PELAKSANA TEKNIS DINAS RUMAH SAKIT PRATAMA BILABANGGAI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANGGAI KEPULAUAN,

- Menimbang : a. bahwa penyelenggaraan Kesehatan sebagai urusan pemerintahan wajib pelayanan dasar menjadi tanggung jawab pemerintah daerah yang harus dilaksanakan sepenuhnya dalam pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan diwilayahnya;
- b. bahwa Rumah Sakit Pratama Bilabanggai sebagai rumah sakit pemerintah daerah yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan secara paripurna perlu diberikan fleksibilitas dalam pengelolaan sebagai Badan Layanan Umum Daerah untuk dapat memberikan pelayanan prima kepada pasien masyarakat;
- c. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, sebagai Badan Layanan Umum Daerah perlu disusun standar pelayanan minimal untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan;
- d. bahwa sebagai salah daerah yang belum memiliki kepala daerah defenitif, standar pelayanan minimal perangkat daerah Kabupaten Banggai Kepulauan belum terintegrasi secara rigid dengan dokumen perencanaan pembangunan daerah 2023-2026 sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal sehingga perlu ditetapkan standar pelayanan minimal Rumah Sakit Pratama Bilabanggai;
- e. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, huruf c, dan huruf d, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Unit Pelaksana Teknis Dinas Rumah Sakit Pratama Bilabanggai;

- 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 beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6858);
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 PRATAMA BILABANGGAI.

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Banggai Kepulauan.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Banggai Kepulauan.
4. Dinas adalah Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan daerah dibidang kesehatan.
5. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.

6. Unit Pelaksana Teknis Dinas Rumah Sakit Pratama Bilabanggai yang selanjutnya disebut Rumah Sakit adalah unit kerja pada Dinas yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat.
7. 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.
8. Indikator 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. Dewan Pengawas BLUD UPTD Rumah Sakit Pratama Bilabanggai yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.
10. Direktur adalah pimpinan BLUD UPTD Rumah Sakit Pratama Bilabanggai yang diangkat oleh Bupati dan bertindak sebagai Pejabat Pengelola BLUD UPTD RSUD.

Pasal 2

- (1) SPM BLUD Rumah Sakit merupakan pedoman dan acuan batasan layanan minimal yang seharusnya dipenuhi dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada instansi pengguna dan masyarakat.
- (2) SPM 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) Penjabaran SPM Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a sampai dengan huruf e tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 3

- (1) SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dilaksanakan oleh seluruh komponen BLUD UPTD Rumah Sakit untuk meningkatkan pelayanan kepada instansi pengguna dan masyarakat.
- (2) Guna pelaksanaan dan pencapaian SPM, seluruh pejabat struktural dilingkungan Rumah Sakit bertanggungjawab sesuai dengan jenjang kewenangannya.
- (3) Pelaksanaan dan pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) sepenuhnya menjadi tanggungjawab Direktur.

Pasal 4

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

Pasal 5

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

Pasal 6

Hasil monitoring dan evaluasi penerapan dan pencapaian SPM dipergunakan sebagai :

- a. bahan masukan bagi pengembangan kapasitas BLUD Rumah Sakit untuk mendukung pencapaian SPM; dan
- b. bahan pertimbangan dalam pembinaan dan pengawasan penerapan SPM lebih lanjut.

Pasal 7

- (1) Direktur berkewajiban memfasilitasi pengembangan kapasitas melalui peningkatan kemampuan sistem, kelembagaan, personil, dan keuangan.
- (2) Fasilitasi pengembangan kapasitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, Pendidikan dan pelatihan, dan/atau fasilitas lainnya.

Pasal 8

- (3) Pembinaan dan pengawasan umum atas penerapan dan pencapaian SPM Rumah Sakit dilaksanakan oleh Bupati melalui Kepala Dinas.
- (4) Pembinaan dan pengawasan atas penerapan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikoordinasikan oleh Direktur dengan Dewan Pengawas sebagai wakil Pemerintah Daerah.
- (5) 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.
- (2) Untuk mendukung penerapan dan pencapaian SPM, 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 paling lambat 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.

Pasal 11

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada saat Rumah Sakit ditetapkan menjadi BLUD.

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

Ditetapkan di Salakan
pada tanggal 3 Juli 2023

Pj. BUPATI BANGGAI KEPULAUAN,

IHSAN BASIR

Diundangkan di Salakan
pada tanggal 3 Juli 2023

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BANGGAI KEPULAUAN,

RUSLI MOIDADY

BERITA DAERAH KABUPATEN BANGGAI KEPULAUAN
TAHUN 2023 NOMOR 19

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI BANGGAI KEPULAUAN
NOMOR 19 TAHUN 2023
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN
LAYANAN UMUM DAERAH UNIT PELAKSANA
TEKNIS DINAS RUMAH SAKIT PRATAMA
BILABANGGAI

A. KOMPONEN SPM, INDIKATOR SPM, KETERCAPAIAN MINIMAL, DAN BATAS WAKTU PENCAPAIAN SPM

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Nilai	Batas Waktu Pencapaian
1	Gawat Darurat	1. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	Satu tahun
		2. Kemampuan Menangani Live Saving di IGD	100 %	Lima tahun
		3. Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat ATLS /BTLS /ACLS/PPGD	100 %	Lima tahun
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	Tiga tahun
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter gawat darurat	≤ 5 menit	Lima tahun
		6. Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	Lima tahun
		7. Kematian pasien ≤ 24 jam di IGD	≤ 2 %	Empat tahun
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %	Satu tahun
2	Rawat jalan	1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis	100 %	Satu tahun
		2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan	100 %	Lima tahun
		3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan	100 %	Satu tahun
		4. Waktu tunggu di rawat jalan.	≤ 60 menit	Lima tahun
		5. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	≥ 80 %	Lima tahun
		6. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100 %	Lima tahun
		7. Penegakan diagnosis melalui pemeriksaan mikroskopi tuberkulosis	≥ 60 %	Lima tahun
		8. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	≥ 60 %	Lima tahun
3	Pelayanan Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat inap	100 %	Lima tahun
		2. Dokter penanggung jawab pasien	100 %	Satu tahun

		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Dalam,.....) 4. Jam visite dokter 5. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian 6. Kematian > 48 jam 7. Kejadian pulang paksa 8. Kepuasan pelanggan 9. Pasien rawat inap tuberkulosis yang dilayani dengan strategi DOTS 10. Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis 11. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	100 % 100 % 100 % $\leq 0,24 \%$ $\leq 5 \%$ $\geq 80 \%$ $\geq 60 \%$ $\geq 60 \%$ $\geq 60 \%$	Satu tahun Satu tahun Satu tahun Lima tahun Lima tahun Lima tahun Lima tahun Lima tahun Lima tahun
4	Pelayanan persalinan	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan 2. Pemberi pelayanan persalinan normal. 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi 5. Pelayanan persalinan melalui SC.	Perdarahan $\leq 1 \%$ Eklamsi $\leq 30 \%$ Sepsis $\leq 0,2 \%$, Partus lama $\leq 20 \%$ 100 % 100 % 100 % $\leq 20 \%$	Lima tahun Satu tahun Satu tahun Satu tahun Lima tahun
5	Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil Pelayanan laboratorium maksimal 140 menit. 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan	100 % 100 % 100 % $\geq 80 \%$	Tiga tahun Tiga tahun Tiga tahun Empat Tahun
6	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit 2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit 3. Tidak adanya kesalahan pemberian obat	100 % 100 % 100 %	Empat tahun Lima tahun Tiga tahun

		4. Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	Tiga tahun
		5. Penulisan resep sesuai formularium	$\geq 80 \%$	Lima tahun
7	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	$\geq 90 \%$	Lima tahun
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	$\leq 20 \%$	Lima tahun
		3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100 %	Lima tahun
8	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	Lima tahun
		2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi	100 %	Tiga tahun
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan < 10 menit	100 %	Tiga tahun
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap < 15 menit	100 %	Dua tahun
9	Pelayanan BPJS	Pelayanan terhadap pasien BPJS yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 %	Satu tahun
10	Administrasi manajemen	1. Tidak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	≤ 2 hari	Satu tahun
		2. Kelengkapan waktu laporan akuntabilitas kinerja	≤ 1 bulan	Satu tahun
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	Tiga tahun
		4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	100%	Satu tahun
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	$\geq 80 \%$	Lima tahun
		6. Cost recovery	$\geq 40 \%$	Lima tahun
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10	100 %	Satu tahun
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pada pasien rawat inap	≤ 2 jam	Tiga tahun
		9. Ketepatan waktu pemberian jasa pelayanan (insentif)	100 %	Tiga tahun
11	Pelayanan ambulance	1. Waktu pelayanan ambulance jenazah 24 jam	100 %	Tiga tahun
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit < 30 menit	100 %	Tiga tahun
12	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang.	100 %	Lima tahun
		2. Kecepatan waktu penyediaan linen Rumah Sakit < 24 jam	100 %	Lima tahun

13	Pemeliharaan Sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat.	≥ 80 %	Lima tahun
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %	Lima tahun
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %	Lima tahun

B. URAIAN SPM

1. Pelayanan Gawat Darurat

a. Jam buka pelayanan gawat darurat

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

b. Kemampuan menangani *life saving* di UGD

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

- c. Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikasi ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

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

- d. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Indikator	: Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi mutu	: Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	: Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi operasional	: Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi pengumpulan data	: Setiap bulan
Periode analisis	: Tiga bulan sekali
Numerator	: Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	: Tidak ada
Sumber Data	: Instalasi Gawat Darurat
Standar	: 1 tim
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Instalasi Gawat Darurat

- e. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat

Indikator	: 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 sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n= 30)
Sumber data	:	Sample
Standar	:	≤ 5 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

f. Kepuasan Pelanggan

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

g. Kematian pasien ≤ 24 jam di IGD

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

Standar	:	$\leq 2 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

h. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka

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

2. PELAYANAN RAWAT JALAN

a. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

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

b. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Indikator	:	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialisistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialisistik yang dilaksanakan di rumah sakit Klinik: anak, kebidanan, penyakit dalam, bedah, gigi, pojok DOTS.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialisistik yang ada
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	100 %.
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

c. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan

Indikator	:	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialisistik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	:	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialisistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialisistik dalam satu bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

d. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Indikator	:	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialisistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai dari pasien datang di Instalasi Rawat Jalan sampai diperiksa oleh dokter di Instalasi Rawat Jalan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat

	:	jalan yang disurvey
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

e. Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

f. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Indikator	:	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	:	Akses, efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis.
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort dengan penanggulangan tuberkulosis nasional.
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS.
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan.

Sumber data	:	Register rawat jalan unit DOTS
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

- g. Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkulosis

Indikator	:	Penegakan diagnosis Tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkulosis
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, keselamatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB .
Definisi Operasional	:	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan.
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	:	Kepala Instalasi Rawat InapRawat Jalan
Standar	:	$\geq 60\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

- h. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit

Indikator	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumber data	:	Buku register Poliklinik
Standar	:	$\geq 60\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. PELAYANAN RAWAT INAP

a. Pemberi pelayanan di rawat inap

Indikator	:	Pemberi pelayanan di rawat inap
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan rawat inap ialah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi pengumpulan data	:	6 bulan
Periode analisis	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	:	ruang rawat inap
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

b. Dokter penanggung jawab pasien

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

c. Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Dalam, Bedah)

Indikator	:	Ketersediaan pelayanan rawat inap (anak, Kebidanan, Dalam, Bedah)
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan

Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat inap
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

d. Jam visite dokter spesialis

Indikator	:	Jam visite dokter spesialis
Dimensi mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi operasional	:	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

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

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

f. Kematian pasien > 48 jam

Indikator	:	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	:	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	$\leq 0,24 \%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

g. Kejadian pulang paksa

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

h. Kepuasan Pelanggan

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang di survey (n minimal = 50)
Sumber data	:	Survei

Standar	:	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

i. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Indikator	:	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	:	Akses, efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakkan diagnosis dan follow up pengobatan tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulang-an tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 3 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Rawat Inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 bulan
Sumber data	:	Register Rawat Inap, register TB
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

j. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Indikator	:	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	:	Efektivitas, keselamatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	:	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	$\geq 60 \%$
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

k. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit

Indikator	:	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	$\geq 60\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. PELAYANAN PERSALINAN

a. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Indikator	:	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional	:	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis</p> <p>Pendarahan: adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua kala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dari dua dan tiga tanda, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg - Protein uria > 5 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p> <p>Partus lama adalah: fase laten persalinan (primi para > 8 jam, multipara > 6 jam)</p>
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan

Numerator	:	Jumlah kematian pasien persalinan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	:	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, partus lama, atau sepsis (masing-masing penyebab)
Sumber data	:	Register ruang kebidanan
Standar	:	Pendarahan $\leq 1\%$, eklampsia $\leq 30\%$, Sepsis $\leq 0,2\%$ partus lama $\leq 20\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan

b. Pemberi pelayanan persalinan normal

Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 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	:	Register ruang kebidanan
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kebidanan

c. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan denganTim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat terlatih) Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan pinggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat, talipusat menumbung.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan

Periode analisa	: 1 bulan
Numerator	: Tersedianya tim dokter Sp. OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	: Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit
Sumber data	: Register ruang kebidanan
Standar	: 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kebidanan

d. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Indikator	: Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	: Kompetensi teknis
Tujuan	: Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	: Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter anestesi.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	: Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	: Register ruang kebidanan
Standar	: 100%
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kebidanan

e. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Indikator	: Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu	: Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	: Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	: Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	: 1 bulan
Periode analisa	: 3 bulan
Numerator	: Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	: Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	: Register ruang kebidanan
Standar	: $\leq 20\%$
Penanggung jawab pengumpul data	: Kepala Ruang Kebidanan

5. PELAYANAN LABORATORIUM

a. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium maksimal 120 menit

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium maksimal 120 menit
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Pemeriksaan Laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	:	Survey
Standar	:	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

b. Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK

Indikator	:	Pelaksana expertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi Operasional	:	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hasil lab diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan.
Sumber data	:	Register di Instalasi Laboratorium
Standar	:	100 %

Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laboratorium
---------------------------------	---	-------------------------------

- c. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium patologi klinik

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

- d. Kepuasan pelanggan

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

6. FARMASI

a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit

Indikator	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi < 30 menit
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤60 menit

Indikator	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤60 menit
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

c. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

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

d. Kepuasan pelanggan

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

e. Penulisan resep sesuai formularium

Indikator	:	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	:	Efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	:	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium selama satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Farmasi

7. PELAYANAN GIZI

a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Indikator	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gizi

b. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

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

c. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

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

8. REKAM MEDIK

a. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

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

b. Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi

Indikator	:	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional	:	Informed concern adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survei

Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Rekam Medik

c. Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan ≤ 5 menit

Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan ≤ 5 menit
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan diamati
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati
Sumber data	:	survei
Standar	:	≥ 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Rekam Medik

d. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 15 menit

Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 15 menit
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama untuk digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati

Denominator	:	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	:	survei
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Rekam Medik

9. PELAYANAN BPJS

Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

Indikator	:	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	:	Pasien miskin pasien pemegang kartu BPJS
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien Gakin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien Gakin yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	100 % terlayani
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi pelayanan Medis dan Keperawatan

10. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

a. Tindak lanjut hasil penyelesaian tingkat direksi maksimal 2 hari

Indikator	:	Tindak lanjut hasil penyelesaian tingkat direksi maksimal 2 hari.
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan

Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindak lanjuti dalam satu bulan
Denominator	:	Total hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti dalam satu bulan
Sumber data	:	Notulen rapat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum dan Perlengkapan

b. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

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

c. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Indikator	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap

		tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam Satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam Satu tahun
Sumber data	:	Sub Bag Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Kepegawaian

d. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala

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

e. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Indikator	:	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi Mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia

Definisi Operasional	:	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan di rumah sakit atau di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal perkaryawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	:	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	:	Sub Bag Kepegawaian
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Kepegawaian

f. Cost recovery

Indikator	:	Cost recovery
Dimensi Mutu	:	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan rumah sakit
Definisi Operasional	:	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	:	Sub bagian Keuangan dan Perencanaan
Standar	:	$\geq 40\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub bagian Keuangan dan Perencanaan

g. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10

Indikator	:	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap tanggal 10
Dimensi Mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit

Definisi Operasional	:	Laboran keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laboran keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	:	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber data	:	Sub bagian Keuangan dan Perencanaan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub bagian Keuangan dan Perencanaan

- h. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maksimal 2 jam

Indikator	:	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maksimal 2 jam
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran rawat inap
Definisi Operasional	:	Informasi tagihan pasien rawat 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	:	Tiap bulan
Periode analisa	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	:	Sub bagian Keuangan dan Perencanaan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub bagian Keuangan dan Perencanaan

- i. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

Indikator	:	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.
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	:	Tiap 6 bulan
Periode analisa	:	Tiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	:	6 bulan
Sumber data	:	Sub bagian Keuangan dan Perencanaan
Standar	:	$\geq 60 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub bagian Keuangan dan Perencanaan

11. PELAYANAN AMBULANCE

a. Waktu pelayanan ambulance 24 jam

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

b. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit ≤ 30 menit

Indikator	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit ≤ 30 menit
Dimensi Mutu	:	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam

		menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance
Definisi Operasional	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan ambulance diajukan oleh pasien /keluarga pasien dirumah sakit sampai tersedianya ambulance. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penyediaan ambulance yang tepat dalam waktu dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
Sumber data	:	Catatan penggunaan ambulance
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Ambulance

12. LAUNDRY

a. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

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

b. Kecepatan waktu penyediaan linen rumah sakit < 24 jam

Indikator	:	Kecepatan waktu penyediaan linen rumah sakit < 24 jam
Dimensi Mutu	:	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry

Definisi Operasional	:	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	:	Survey
Standar	:	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Laundry

13. PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

a. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

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

b. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Indikator	:	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	:	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan, pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat

Definisi Operasional	:	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan atau service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisa	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	:	Register pemeliharaan alat
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala IPRS

- c. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Indikator	:	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi Mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Badan Pengamatan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisa	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam Satu tahun
Denominator	:	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam Satu tahun
Sumber data	:	Buku register kalibrasi alat
Standar	:	$\geq 50 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala IPRS

Pj. BUPATI BANGGAI KEPULAUAN,

IHSAN BASIR