



BUPATI KARAWANG  
PROVINSI JAWA BARAT

PERATURAN BUPATI KARAWANG  
NOMOR 311 TAHUN 2023

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JATISARI  
KABUPATEN KARAWANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KARAWANG,

- Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan urusan wajib yang harus dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dan bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan;
- b. bahwa dengan telah ditetapkannya Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menyusun Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Jatisari Kabupaten Karawang;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Jatisari Kabupaten Karawang;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pemerintahan Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Berita Negara Tahun 1950), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1968 tentang Pembentukan Kabupaten Purwakarta dan Kabupaten Subang dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1968 Nomor 31, Tambahan Lembaran negara Republik Indonesia Nomor 2851);

3. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pemerintahan Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Berita Negara Tahun 1950), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1968 tentang Pembentukan Kabupaten Purwakarta dan Kabupaten Subang dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 14 Tahun 1950 tentang Pemerintahan Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1968 Nomor 31, Tambahan Lembaran negara Republik Indonesia Nomor 2851);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2021 tentang Harmonisasi Peraturan Perpajakan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 246, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6736);
5. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2021 tentang Harmonisasi Peraturan Perpajakan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 246, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6736);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 44210);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 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 6856);
8. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembara Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2000 tentang Kedudukan Keuangan Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 210, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4028);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 55 Tahun 2005 tentang Dana Perimbangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 137, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4575);

11. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 123, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5165);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2018 tentang Pelaksanaan Tugas dan Wewenang Gubernur Sebagai Wakil Pemerintah Pusat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 109, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6224);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 13 Tahun 2019 tentang Laporan dan Evaluasi Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 52, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6323);
15. Peraturan Presiden Nomor 15 Tahun 2023 tentang Petunjuk Teknis Dana Alokasi Khusus Fisik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 29);
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 70 Tahun 2019 tentang Sistem Informasi Pemerintah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1114);
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 90 Tahun 2019 tentang Klasifikasi, Kodefikasi, dan Nomenklatur Perencanaan Pembangunan dan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1447);
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 9 Tahun 2021 tentang Tata Cara Evaluasi Rancangan Peraturan Daerah Tentang Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah, Rancangan Peraturan Daerah Tentang Perubahan Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah, Rancangan Peraturan Kepala Daerah Tentang Penjabaran Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah, Dan Rancangan Peraturan Kepala Daerah Tentang Penjabaran Perubahan Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 431);
20. Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi Nomor 63 Tahun 2022 tentang Petunjuk Teknis Pengelolaan Dana Bantuan Operasional Satuan Pendidikan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1342);
21. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 84 Tahun 2022 tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2023 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 972);
22. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Barat Nomor 10 Tahun 2022 Tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2023 (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Barat Tahun 2022 Nomor 10);

23. Peraturan Gubernur Jawa Barat Nomor 118 Tahun 2022 Tentang Penjabaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2022 (Berita Daerah Provinsi Jawa Barat Tahun 2022 Nomor 119);
24. Peraturan Daerah Kabupaten Karawang Nomor 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Karawang (Lembaran Daerah Kabupaten Karawang Tahun 2016 Nomor 14) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Karawang Nomor 11 Tahun 2021 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Karawang Nomor 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Karawang (Lembaran Daerah Kabupaten Karawang Tahun 2021 Nomor 11);
25. Peraturan Daerah Kabupaten Karawang Nomor 5 Tahun 2021 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2021-2026 (Lembaran Daerah Kabupaten Karawang Tahun 2021 Nomor 5);
26. Peraturan Daerah Kabupaten Karawang Nomor 7 Tahun 2021 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Karawang Tahun 2021 Nomor 7);
27. Peraturan Daerah Kabupaten Karawang Nomor 12 Tahun 2022 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2023 (Lembaran Daerah Kabupaten Karawang Tahun 2022 Nomor 12);
28. Peraturan Bupati Karawang Nomor 41 Tahun 2022 tentang Rencana Kerja Pemerintah Daerah Kabupaten Karawang Tahun 2023 (Berita Daerah Kabupaten Karawang Tahun 2022 Nomor 41);
29. Peraturan Bupati Karawang Nomor 93 Tahun 2022 tentang Penjabaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2023 (Berita Daerah Kabupaten Karawang Tahun 2022 Nomor 94).

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JATISARI KABUPATEN KARAWANG.

## BAB I KETENTUAN UMUM

### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah Kabupaten yang selanjutnya disebut Daerah adalah Daerah Kabupaten Karawang.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksana Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Karawang. Pemerintah Daerah Kota adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.

4. Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang yang selanjutnya disebut Dinas adalah unsur pelaksana urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Daerah di bidang kesehatan.
5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang yang selanjutnya disebut Kepala Dinas adalah pimpinan Dinas yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.
6. Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Jatisari Kabupaten Karawang yang selanjutnya disebut RSUD Jatisari Karawang adalah Rumah Sakit sebagai unit organisasi bersifat khusus pada Dinas yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional memiliki otonomi dalam pengelolaan keuangan dan barang milik daerah serta bidang kepegawaian.
7. Direktur adalah pimpinan tertinggi yang bertugas memimpin penyelenggaraan RSUD Jatisari karawang.
8. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh RSUD Jatisari Karawang sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
9. Fleksibilitas adalah keleluasaan dalam pola pengelolaan keuangan dengan menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat tanpa mencari keuntungan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.
10. Praktek Bisnis Yang Sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian layanan yang bermutu, berkesinambungan dan berdaya saing.
11. Dokumen Standar Pelayanan Minimal adalah dokumen yang memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD
12. Tim Penilai adalah tim yang bertugas untuk menilai permohonan penerapan BLUD.

## BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

### Pasal 2

Maksud disusunnya Peraturan Bupati ini adalah menetapkan Dokumen Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Jatisari untuk memenuhi persyaratan penetapan BLUD sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah.

### Pasal 3

Tujuan disusunnya Peraturan Bupati ini adalah:

- a. sebagai pedoman bagi RSUD Jatisari dalam penyelenggaraan layanan kepada masyarakat;
- b. terjaminnya hak masyarakat dalam menerima suatu layanan;
- c. dapat digunakan sebagai alat untuk menentukan alokasi anggaran yang dibutuhkan;
- d. alat akuntabilitas RSUD Jatisari dalam penyelenggaraan layanannya;
- e. mendorong terwujudnya *checks and balance*; dan
- f. terciptanya transparansi dan partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan RSUD Jatisari.

### BAB III SISTEMATIKA

#### Pasal 4

Dokumen Standar Pelayanan Minimal RSUD Jatisari disusun dengan sistematika sebagai berikut

- BAB I : PENDAHULUAN  
BAB II : STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
BAB III : DEFINISI OPERASIONAL  
BAB IV : RENCANA PENCAPAIAN SPM  
BAB V : PENUTUP

#### Pasal 5

- (1) Ketentuan mengenai Dokumen Standar Pelayanan Minimal RSUD Jatisari sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan publik di lingkungan RSUD Jatisari.
- (2) Ketentuan mengenai Dokumen Standar Pelayanan Minimal RSUD Jatisari sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan Dokumen Standar Pelayanan Minimal yang telah dinilai oleh Tim Penilai.
- (3) Ketentuan mengenai Dokumen Standar Pelayanan Minimal RSUD Jatisari sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

#### Pasal 6

- (1) Perubahan Dokumen Standar Pelayanan Minimal merupakan kewenangan dari Bupati Karawang, melalui usulan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah.
- (2) Perubahan Dokumen Standar Pelayanan Minimal dapat dilakukan oleh Pemerintah Daerah karena alasan tertentu.

BAB IV  
PENUTUP

Pasal 7

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Karawang Nomor 5 Tahun 2020 tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Pada Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang (Berita Daerah Kabupaten Karawang Tahun 2020 Nomor 5), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 8

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.  
Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Karawang.

Ditetapkan di Karawang  
pada tanggal **7 Agustus 2023**



BUPATI KARAWANG,

CELICA WURRACHADIANA

Diundangkan di Karawang  
pada tanggal **7 Agustus 2023**

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN  
KARAWANG,



ACEP JAMHURI

BERITA DAERAH KABUPATEN KARAWANG TAHUN 2023  
NOMOR **311**

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang

Dalam penyelenggaraan pelayanan yang menyangkut masyarakat umum. Pemberi pelayanan publik selalu dihadapkan dengan norma, aturan, standar, dan ukuran yang harus dipenuhi agar dalam menjalankan pelayanan dapat diberikan secara akuntabel, bisa dipertanggung jawabkan dan berkinerja tinggi.

Disamping pelayanan yang berkualitas, pelayanan publik juga dituntut untuk memberikan pelayanan yang aman (*safety*), sehingga tidak terjadi sesuatu tindakan yang membahayakan maupun mencederai pelanggan, oleh karena itu perlu disusun sistem manajemen untuk mencegah terjadinya kejadian yang tidak diinginkan, yang meliputi: identifikasi risiko, analisis risiko, evaluasi risiko, penanganan risiko, monitoring yang berkesinambungan, dan komunikasi. Untuk melakukan monitoring yang berkesinambungan diperlukan adanya indikator (tolak ukur) dan target (*threshold*) yang harus dicapai atau dipenuhi.

Upaya untuk meningkatkan kepuasan bahkan kesetiaan pelanggan dan menjamin keamanan pasien dapat dilakukan dengan standarisasi pelayanan. Bagaimana penerapan standar pelayanan tersebut apakah telah dapat menjamin kepuasan pelanggan dan keamanan pasien harus dapat ditunjukkan dengan fakta, oleh karena itu pengukuran (indikator) dan target pencapaian untuk tiap indikator perlu disusun, disepakati, dan ditetapkan sebagai acuan.

Guna menjamin terlaksananya pelayanan kesehatan yang bermutu/dapat menjamin kepuasan pelanggan dan keamanan pasien harus, maka UPTD RSUD perlu mengembangkan Standar Pelayanan Minimal yang merupakan salah satu syarat administrasi RSUD BLUD dengan mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 2 tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Sebagai Badan Layanan Umum (BLU), diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan, meningkatkan efisiensi dan dapat memberikan aksesibilitas yang cukup baik kepada masyarakat. Pada akhirnya status rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum (BLU), dapat dimanfaatkan oleh masyarakat dalam memperoleh jasa layanan kesehatan



yang lebih terjangkau, lebih baik dan lebih meningkatkan kesejahteraan bagi *provider* internal karena fleksibilitas pengelolaan rumah sakit menggunakan kaidah-kaidah bisnis yang sehat

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, dijelaskan bahwa Standar pelayanan minimal memuat batasan minimal mengenai jenis dan rntu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD.

Standar pelayanan minimal diatur dengan Peraturan Kepala Daerah untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Rumah Sakit mengemban tugas atas dua jenis SPM, karena Rumah Sakit sebagai bagian dari Pemerintah Daerah yang harus memenuhi hak-hak konstitusional masyarakat, juga sebagai UPTD yang menerapkan BLUD. Sebuah Rumah Sakit BLUD melaksanakan selain sejumlah JPD (Jenis Pelayanan Dasar) SPM Kesehatan, juga melaksanakan SPM Pelayanan lain, dan SPM Pendukung yang disesuaikan dengan kemampuan Rumah Sakit BLUD tersebut. Dalam menyusun SPM Rumah Sakit BLUD tersebut, harus mempergunakan bahasa awam dan mudah dimengerti dan dipahami sehingga Rumah Sakit dan masyarakat penerima pelayanan memiliki pemahaman tentang ukuran kinerja yang sama.

SPM Kesehatan dapat diuraikan secara sederhana ke dalam butir-butir sebagai berikut:

1. Merupakan kewajiban bagi semua Pemerintah Daerah;
2. Hak setiap warga Negara untuk memperoleh Jenis Pelayanan Dasar yang ditetapkan oleh Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang SPM;
3. Sebagai bagian dari Alat ukur kinerja Kepala Daerah;
4. Semua Daerah melaksanakan Jenis Pelayanan Dasar yang sama;
5. Kaitannya dengan Rumah Sakit, adalah bahwa melalui Rumah Sakit, Kepala Daerah menjalankan kewajibannya menyediakan Pelayanan Dasar Kesehatan SPM Kesehatan, masing-masing Rumah Sakit sesuai kemampuan Rumah Sakit melayani Jenis Pelayanan Dasar yang ditetapkan oleh Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018, sedangkan secara keseluruhan Rumah Sakit di Daerah tersebut melalui Rumah Sakit-Rumah Sakit tersebut harus mampu melayani seluruh Jenis Pelayanan Dasar yang ditetapkan dalam Peraturan Pemerintah dimaksud;
6. Terbatas Jenis Pelayanan Dasar yang ditetapkan oleh Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018;
7. Pelaksanaan SPM Kesehatan dievaluasi secara nasional dan dapat dilakukan

- perubahan jika dinilai perlu diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah;
8. Diutamakan untuk pelayanan Preventif promotif, sebagaimana dirumuskan dalam Standar Teknis, yang dibuat oleh Kementerian Teknis mengikuti perintah Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018, dalam hal ini yang diatur lebih lanjut dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada SPM Bidang Kesehatan;
  9. Dapat berbeda antar Rumah Sakit tergantung kondisi, karakteristik, cakupan layanan masing-masing Rumah Sakit;
  10. Tidak terbatas pada pelayanan kesehatan, dapat melakukan pelayanan lain yang secara jelas dapat disediakan oleh Rumah Sakit, dan dibutuhkan oleh konsumen Rumah Sakit (masyarakat, pasien termasuk keluarganya) sebagai pendukung layanan utamanya;
  11. Termasuk JPD SPM Kesehatan sesuai kemampuan, berakibat akan dilakukan penyesuaian SPM Kesehatan, maka dilakukan penyesuaian SPM Rumah Sakit BLUD;
  12. Dapat dilakukan Perubahan SPM Rumah Sakit BLUD ketika dinilai perlu untuk masing-masing Rumah Sakit, terutama ketika Rencana Pengembangan Pelayanan Rumah Sakit BLUD yang tertera dalam Renstra Rumah Sakit BLUD telah dapat direalisasikan dan menjadi layanan rutin, maka layanan itu bisa dijadikan SPM Rumah Sakit BLUD;
  13. Ditetapkan oleh Kepala Daerah melalui Peraturan Kepala Daerah meliputi pelayanan kesehatan komprehensif sesuai Tugas dan Fungsi (Tusi) Rumah Sakit, bahkan dapat mencakup pelayanan non-kesehatan.

## 1.2. Tujuan

Adapun tujuan disusunnya Standar Pelayanan Minimal adalah sebagai berikut:

1. Sebagai pedoman bagi Rumah Sakit dalam penyelenggaraan layanan kepada masyarakat.
2. Terjaminnya hak masyarakat dalam menerima suatu layanan.
3. Dapat digunakan sebagai alat untuk menentukan alokasi anggaran yang dibutuhkan.
4. Alat Akuntabilitas Rumah Sakit dalam penyelenggaraan layanannya.
5. Mendorong terwujudnya *checks and balance*.
6. Terciptanya transparansi dan partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan Rumah Sakit.
7. Terlaksananya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan Rumah Sakit yang bermutu dan terjangkau;
8. Terlaksananya kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan yang sesuai standar berbasis

- profesionalisme dengan tetap mengedepankan masalah aksesibilitas masyarakat; dan
9. Telaksananya pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar sesuai dengan tuntutan masyarakat diwilayah cakupannya.

### **1.3. Pengertian**

Rumah Sakit Umum Daerah Jatisari Kabupaten Karawang merupakan sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitasi yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat. Rumah Sakit Umum Daerah Jatisari Kabupaten Karawang menetapkan indikator untuk mencapai SPM yang telah ditetapkan.

Indikator SPM adalah tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi didalam pencapaian suatu SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan.

### **1.4. Landasan Hukum**

1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah.
4. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum yang telah diubah kedua kalinya dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.
5. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal.
6. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah.
7. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 Tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal.
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 tahun 2018 Tentang Badan Layanan Umum Daerah.
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis

Pengelolaan Keuangan Daerah

12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
15. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 7/PER/25/M.PAN/2/2010 Tentang Pedoman Penilaian Kinerja Unit Pelayanan Publik.
16. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor KEP/25/M.PAN/2/2012 Tentang Pelayanan Publik.
17. Peraturan Bupati Kabupaten Karawang Nomor 1 Tahun 2023 Tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Jatisari Kabupaten Karawang Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Karawang.

### **1.5. Perubahan SPM**

SPM yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Jatisari Kabupaten Karawang akan mengalami perubahan-perubahan yang terjadi dalam kurun waktu tertentu terhadap kebutuhan pelayanan dasar serta keberhasilan pencapaian SPM, dengan mempertimbangkan kemampuan daerah dan layanan Rumah Sakit yang dikaji secara terus menerus, dalam rangka peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan Rumah Sakit.

### **1.6. Sistematika Penyajian**

Sistematika penyajian Dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM) UPTD Rumah Sakit Umum Daerah Jatisari Kabupaten Karawang adalah sebagai berikut:

Bab I : PENDAHULUAN

- 1.1. Latar Belakang
- 1.2. Tujuan
- 1.3. Pengertian
- 1.4. Landasan Hukum
- 1.5. Perubahan SPM
- 1.6. Sistematika Penyajian
- 1.7. Cara Menyusun Dokumentasi SPM

Bab II : Standar Pelayanan Minimal

- 2.1. Jenis Pelayanan
- 2.2. Prosedur Pelayanan

### 2.3. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

## Bab III : Rencana Pencapaian SPM

### 3.1. Rencana Kegiatan Pencapaian Kinerja SPM

### 3.2. Strategi Pencapaian SPM

## Bab IV : Penutup

### Lampiran

### 1.7. Cara Menyusun Dokumen SPM RSUD

1. Rumah Sakit mengidentifikasi Jenis Pelayanan yang saat ini telah mampu disediakan bagi semua warga yang berada di wilayah kerja Rumah Sakit, atau pengguna Rumah Sakit. Jenis Pelayanan itu mendukung pelaksanaan tugas dan fungsi Rumah Sakit BLUD, yaitu Fungsi Pelayanan dan Fungsi Pendukung. Untuk semua jenis pelayanan tersebut agar dituliskan Standar Pelayanan Minimal nya, yaitu penjelasan bagaimana prosedur/langkah-langkah bagaimana setiap pelaksanaan tersebut dilaksanakan.
2. Memperhatikan Modul Penilaian dan Penetapan Badan Layanan Umum Daerah (sesuai SE Menteri Dalam Negeri Nomor 981/1010/SJ dan Nomor 981/1011/SJ) tertanggal 6 Februari 2019, dimana Surat Edaran ini merupakan tindak lanjut dari Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang BLUD, maka bagian SPM ini agar memperhatikan adanya:
  - a. Penjelasan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit BLUD:
    - 1) Fokus mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi BLUD;
    - 2) Terukur merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan;
    - 3) Dapat dicapai merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai dengan kemampuan dan tingkat pemanfaatannya;
    - 4) Relevan dan dapat di andalkan merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi BLUD;
    - 5) Tepat waktu atau kerangka waktu merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan yang telah ditetapkan.
  - b. Kelengkapan jenis pelayanan sesuai dengan SPM yang diberlakukan di Rumah Sakit.
  - c. Keterkaitan yang kuat antara SPM dengan Renstra RSUD Jatisari Kabupaten Karawang dan Anggaran Tahunan.
  - d. Pengesahan SPM oleh Kepala Daerah melalui Peraturan Kepala Daerah.

Seluruh unsur diatas dapat dipahami dalam kebijakan Penyelenggaraan Rumah Sakit (sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 serta Permenkes No.3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit). Tim Rumah Sakit yang menyusun dan menyiapkan rancangan Renstra Rumah Sakit perlu memahami kebijakan ini dan mengikuti pedoman tersebut.

3. Rumah Sakit juga mengidentifikasi Jenis Pelayanan yang akan dikembangkan untuk dapat disediakan bagi semua warga di wilayah kerja Rumah Sakit di masa mendatang. Jenis pelayanan ini yang akan dimasukkan ke dalam Renstra Rumah Sakit sebagai Rencana Pengembangan dalam kurun waktu empat tahun mendatang.
4. Rumah Sakit memilih Jenis Pelayanan angka 1, yang dapat dipastikan pelaksanaannya dengan kualitas terbaik, untuk ditetapkan sebagai SPM Rumah Sakit BLUD. Pemilihan ini dilaksanakan dengan pendampingan oleh Dinas Kesehatan setempat.
5. Rumah Sakit menyusun Rancangan Peraturan Kepala Daerah (Perkada), dan mengusulkannya untuk diterbitkannya Perkada tentang SPM Rumah Sakit BLUD. Proses ini dilaksanakan dengan pendampingan oleh Dinas Kesehatan setempat.
6. Satu Perkada untuk satu Rumah Sakit BLUD, atau Satu Perkada untuk semua atau beberapa Rumah Sakit BLUD. Dalam Perkada tersebut diuraikan dengan jelas SPM masing-masing Rumah Sakit.
7. Kepala Daerah melakukan kajian yang diperlukan dalam menerbitkan Peraturan Kepala Daerah (Perkada) SPM Rumah Sakit BLUD.

## **BAB II**

### **STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

#### **2.1. Jenis Pelayanan**

Berdasarkan Peraturan Bupati Karawang No 6 Tahun 2022 Tentang Rencana Strategi Badan Layanan Umum Daerah Pada Rumah Sakit Khusus Paru Kabupaten Karawang Berdasarkan Peraturan Daerah Jatisari Kabupaten Karawang maka ditetapkan jenis-jenis pelayanan kesehatan yang dapat diberikan, diantaranya:

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan Rawat Inap
4. Pelayanan Bedah Sentral
5. Pelayanan Persalinan/Perinatologi
6. Pelayanan Intensif
7. Pelayanan Radiologi
8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
9. Pelayanan Rehabilitasi Medik/ Fisioterapi
10. Pelayanan Farmasi
11. Pelayanan Gizi
12. Pelayanan Transfusi Darah
13. Pelayanan Keluarga Miskin
14. Pelayanan Rekam Medis
15. Pengelolaan Limbah
16. Pelayanan Administrasi Manajemen
17. Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah
18. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
19. Pelayanan Laundry
20. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
21. Pencegah Pengendalian Infeksi
22. Pelayanan TB MDR

#### **2.2. Prosedur Pelayanan**

Prosedur pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Jatisari Kabupaten Karawang disusun dalam bentuk Standar Operasional Prosedur (SOP) yang dituangkan dalam dokumen Tata kelola yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.s

SOP merupakan serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas. Tujuan penyusunan Standar Operasional Prosedur di

Rumah Sakit adalah agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/seragam dan aman dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

Manfaat SOP bagi Rumah Sakit adalah memenuhi persyaratan standar pelayanan Rumah Sakit, mendokumentasikan langkah-langkah kegiatan dan memastikan staf Rumah Sakit memahami bagaimana melakukan pekerjaannya.

Alur pelayanan di Rumah Sakit disusun untuk memberikan kejelasan dan kemudahan bagi pasien untuk mendapatkan pelayanan di Rumah Sakit. Terdapat beberapa alur pelayanan yang berlaku di Rumah Sakit.

### 2.3. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Umum Daerah Jatisari Kabupaten Karawang mengacu kepada Standar Pelayanan Minimal yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dan (dimasukkan peraturan lain yang berlaku di daerah).

**Tabel 2.1 Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM)  
RSUD Jatisari Karawang**

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)	
		INDIKATOR	STANDAR
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit terlayani, setelah pasien datang
		6. Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %
		7. Kematian pasien < 24 Jam	≤ 2‰ (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
2.	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100% Dokter Spesialis
		2. Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik Anak
			b. Klinik Penyakit Dalam
			c. Klinik Kebidanan
			d. Klinik Bedah
3. Jam buka pelayanan.	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat: 08.00 – 11.00		
4. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit		



NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)	
		INDIKATOR	STANDAR
		5. Pelaksanaan strategi DOTS	
		a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60%
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit dan SIHA	≥ 60%
		6. Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %
3.	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah
		4. Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %
		6. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%
		8. Kematian pasien >48 jam	≤ 0,24 %
		9. Kejadian pulang paksa	≤ 5 %
		10. Kepuasan pelanggan	≥ 90 %
		11. Rawat Inap TB	
		a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60%
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB Rumah Sakit	≥ 60%
4.	Bedah Sentral (Bedah saja)	1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari
		2. Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	≤ 6 %

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)	
		INDIKATOR	STANDAR
5.	Persalinan dan perinatologi	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan $\leq$ 1%
			b. Pre-eklampsia $\leq$ 30%
			c. Sepsis $\leq$ 0,2%
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp. OG
			b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)
			c. Bidan
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan Tindakan operasi	a. Dokter Sp. OG
b. Dokter Sp. Anak			
c. Dokter Sp. Anestesi			
5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%		
6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	$\leq$ 20%		
7. Keluarga Berencana a. Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp. OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr. umum terlatih b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%		
	8. Kepuasan pelanggan	$\geq$ 80%	
6.	Pelayanan Intensif	1. Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	$\leq$ 3 %
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani
			b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)
7.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	$\leq$ 3 jam
		2. Pelaksana Ekspertisi	Dokter Sp. Rad
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen (kerusakan foto)	$\leq$ 2 %
		4. Kepuasan pelanggan	$\geq$ 80 %
8.	Lab. Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (Kimia darah & darah rutin)	$\leq$ 140 menit
		2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan	Dokter Sp. PK

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)	
		INDIKATOR	STANDAR
		laboratorium	
		3. Tidak Adanya Kesalahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%
		4. Kepuasan pelanggan Laboratorium	≥ 80 %
9.	Rehabilitasi Medik/ Fisioterapi	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50%
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
		3. Kepuasan Pelanggan	≥80%
10.	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan obat	
		a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit
		b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%
		3. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
		4. Penulisan resep sesuai dengan formularium	100%
11.	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%
		4. Kepuasan pelanggan	≥80 %
12.	Transfusi Darah	1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % terpenuhi
		2. Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %
13.	Pelayanan Keluarga Miskin (GAKIN)	Pelayanan terhadap pasien GAKIN (Jamkesda/Karawang Sehat) yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani
14.	Rekam Medis	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
		2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	< 10 menit
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	< 15 menit

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)	
		INDIKATOR	STANDAR
15.	Pengelolaan limbah	1. Baku mutu limbah cair	a. BOD <30 mg/l
			b. COD < 80 mg/l
			c. TSS < 30 mg/l
			d. PH 6-9
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%
16.	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
		2. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		3. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%
		4. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		5. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤2 jam
		6. <i>Cost recovery</i>	≥ 40 %
		7. Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%
		8. Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%
17.	Ambulance/ Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulans atau mobil jenazah	24 jam
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit
		3. Waktu tanggap ( <i>response time</i> ) pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit (DO mulai masyarakat meminta sampai dengan ambulans berangkat dari RS)
18.	Pemulasaran Jenazah	1. Waktu tanggap ( <i>response time</i> ) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam
19.	Pelayanan laundry	1. Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%
		2. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%
20.	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat medis dan non medis ≤ 15 menit	≥ 80%
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
		3. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%

NO	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)	
		INDIKATOR	STANDAR
21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%
		2. Ketersediaan APD di setiap instalasi/departemen	≥ 60 %
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/health care associated infection (HAI) di Rumahsakit (minimal 1 paramter).	≥ 75%
22.	Pelayanan TB MDR	1. Ketersediaan pelayanan	Klinik TB MDR Dewasa & Anak
		2. Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis
		3. Jam Buka Pelayanan	100%
		4. Waktu tunggu	≤ 60 menit
		5. Kelengkapan Pencatatan dan Pelaporan TB MDR di Rumah Sakit	90%
		6. Kepatuhan jadwal kontrol ulang	≥70 %
		7. Rapat TAK	100%
		8. OJT Sesuai Jadwal	≥80%
		9. Kepuasan Pelanggan	≥90%

Profil Indikator Standar Pelayanan Minimal yang mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit terdapat 100 (seratus) indikator yang harus dipenuhi Rumah Sakit.

RSUD Jatisari Kabupaten Karawang melakukan penyesuaian indikator dengan pelayanan Rumah Sakit tipe C berdasarkan Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Nomor : ..... Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Daerah Jatisari Kabupaten Karawang Kelas C. Standar Pelayanan Minimum RSUD Jatisari Karawang terdapat 104 indikator sebagai berikut :

## I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

### 1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa

Judul	<b>Kemampuan menangani <i>life saving</i> di Gawat darurat</b>
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 (di minggu ke empat)

Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
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 Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	<b>Jam buka pelayanan Gawat darurat</b>
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	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
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 Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 3. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	<b>Ketersediaan tim penanggulangan bencana</b>
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 Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

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

Judul	<b>Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

#### 5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	<b>Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat</b>
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 Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling ( <i>minimal n = 50</i> )
Sumber Data	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 di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)

Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey ( <i>minimal n = 50</i> )
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 70 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Monite Mutu

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

Judul	<b>Kematian Pasien <math>\leq 24</math> jam di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian $\leq 24$ jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq 24$ jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 2$ perseribu
Penanggung jawab 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 akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat



## II. PELAYANAN RAWAT JALAN

### 1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	<b>Pemberi pelayanan di klinik spesialis</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
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 special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
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 %
Penanggung jawab 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 tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
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
Penanggung jawab 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. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at: 08.00 – 11.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab 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	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

#### 5. a. Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS Yaitu Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB

Judul	<b>Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS Yaitu Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB</b>
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
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 paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberkulosis nasional, dan

	semua pasien yang tuberculosi yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiap tiga bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosi yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosi yang ditangani di Rumah Sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	$\geq 60\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

### 5.b. Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit

Judul	<b>Pasien rawat jalan tuberkulosi yang ditangani dengan strategi DOTS Yaitu Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan layanan, keselamatan.
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit yang sesuai dengan standar program penanggulangan TB nasional.
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan TB adalah pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan di rumah sakit yang sesuai dengan pencatatan dan pelaporan pada standar program penanggulangan TB nasional.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan secara lengkap sesuai dengan standar program penanggulangan TB nasional.
Denominator	Jumlah seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit.
Sumber Data	Register dan buku bantu di Pojok DOTS.
Standar	$\geq 60\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

## 6. Kepuasan Pelanggan pada 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	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei ( <i>minimal n = 50</i> )
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan /tim mutu/panitia mutu

### III. PELAYANAN RAWAT INAP

#### 1. Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap

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

#### 2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	<b>Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik, 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 Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab

Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

### 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan klasifikasi rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap spesialis
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit (Permenkes No 340/2010)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

### 4. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	<b>Jam Visite Dokter Spesialis</b>
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tegabarnya 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 Analisa	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	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

pengumpul data	
----------------	--

## 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 bersihsesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori lukasayatan 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	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

## 6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	<b>Angka Kejadian Infeksi Nosokomial</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumahsakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis'
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap/ Komite PPI

## 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 di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis, formulir Kejadian tidak diinginkan (KTD), laporan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

## 8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	<b>Kematian Pasien &gt; 48 Jam</b>
Dimensi mutu	keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk bangsal rawat inap
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 medis
Standar	$\leq 0,24$ %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Ketua komite mutu/tim mutu

## 9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	<b>Kejadian Pulang Paksa</b>
Dimensi mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan

Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumahsakit
Definisi operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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/ Ketua komite mutu/tim mutu

## 10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan Rawat Inap</b>
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Humas/Ketua komite mutu/tim mutu

### 11.a. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS Yaitu Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB

Judul	<b>Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS Yaitu Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB</b>
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS



Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga 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, register TB 03 UPK
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

#### 11.b. Pencatatan dan Pelaporan Tuberkulosis di Rumah Sakit

Judul	<b>Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS Yaitu Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan layanan, keselamatan.
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit yang sesuai dengan standar program penanggulangan TB nasional.
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan TB adalah pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan di rumah sakit yang sesuai dengan pencatatan dan pelaporan pada standar program penanggulangan TB nasional.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan secara lengkap sesuai dengan standar program penanggulangan TB nasional.
Denominator	Jumlah seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit.
Sumber Data	Register dan buku bantu di Pojok DOTS.
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab 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 dilaksanaka
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 2$ hari
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah

### 2. Kejadian kematian di Meja Operasi

Judul	<b>Kejadian kematian dimeja operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1$ %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah

### 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	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah

### 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	Satu bulan
Periode Analisa	Satu bulan
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah

## 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 medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah

## 6. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing/lain 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 waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah

## 7. Komplikasi Anestesi karen Overdosis, reaksi Anestesi, dan Salah Penempatan Anestesi Endotracheal Tube

Judul	<b>Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi 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 komplikasianestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah

## V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

### 1. Kejadian kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	<b>Kejadian kematian ibu karena persalinan</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skalapersalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolik &gt;110 mmHg</li> <li>- Protein uria &gt; 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati</li> <li>- Oedem tungkai</li> </ul> <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi	Tiap bulan

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklamsiadan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklamsiadan sepsis.
Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan $\leq 1\%$ pre-eklampsia $\leq 30\%$ , sepsis $\leq 0,2\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Komite medik

## 2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	<b>Pemberi pelayanan persalinan normal</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih(asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Perinatologi/Komite mutu

## 3. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

Judul	<b>Pemberi 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 terdiridari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Perinatologi/Komite mutu

#### 4. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi

Judul	<b>Pemberi 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	1 bulan
Periode Analisa	3 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%
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Perinatologi/Komite mutu

#### 5. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	<b>Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis

Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Perinatologi/Komite Medik/Komite mutu

## 6. Pertolongan Persalinan melalui Seksio Sesaria

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	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Perinatologi /Komite mutu

## 7. a. Keluarga Berencana

Judul	<b>Keluarga Berencana yang Dilakukan oleh Tenaga Kompeten</b>
Dimensi Mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten (dr.Sp.OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr. umum terlatih)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medis dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Perinatologi /Kepala Bidang Pelayanan Medik/Komite mutu



### 7.b. Konseling KB Mantap

Judul	<b>Keluarga Berencana Mantap</b>
Dimensi Mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Perinatologi /Kepala Bidang Pelayanan Medik/Komite mutu

### 8. 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	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator Perinatologi /Komite 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	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72jam dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan.
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Komite Medik/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	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
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%
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

## VII. RADIOLOGI

### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	<b>Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi pada jam kerja
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber data	rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	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 operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	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	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	< 2 %
Penanggung jawab	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 radiology
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

## VIII. LABORAORTORIUM PATOLOGI KLINIK

### 1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	<b>Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium</b>
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 jenis pemeriksa tertentu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Buku bantu pencatatan waktu pasien diambil sampel sampai waktu hasil keluar
Standar	≤ 140 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

### 2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi

	<p> 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. </p>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

### 3. Tidak Adanya Kesalahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	<b>Tidak Adanya Kesalahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan hasil laboratorium adalah kesalahan dalam penulisan hasil atau hasil pemeriksaan tidak keluar.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh hasil pemeriksaan yang dikeluarkan tanpa kesalahan
Denominator	jumlah pemeriksaaan yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Buku register dan buku bantu penerimaan hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul 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	6 bulan
Periode Analisa	1 tahun

Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium/Humas/ Ketua Komite Mutu

## IX. REHABILITASI MEDIK/FISIOTERAPI

### 1. Kejadian Drop Out Pasien terhadap Pelayanan Fisioterapi yang Direncanakan

Judul	<b>Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan</b>
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan fisioterapi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program fisioterapi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 50 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Koordinator Rehabilitasi Medik

### 2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan fisioterapi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam tindakan fisioterapi
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan fisioterapi adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan fisioterapi yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu Bulan sekali
Periode Analisa	Tiga Bulan sekali

Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan fisioterapi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Koordinator Rehabilitasi Medik

### 3. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Koordinator Rehabilitasi Medik

## X. PELAYANAN FARMASI

### 1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	<b>Waktu tunggu pelayanan obat jadi</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	Survey

Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

### 1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	<b>Waktu tunggu pelayanan obat racikan</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

## 2. 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 : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

## 3. 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	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

#### 4. 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	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satubulan.
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal50)
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

## XI. PELAYANAN GIZI

### 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	<b>Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien</b>
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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktudalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	>90%
Penanggung jawab	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 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 pedoman asuhan gizi Rumah Sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

## 3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	<b>Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet</b>
Dimensi mutu	Keamanan, efisien
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 analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makananyang salah diet.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

## 4. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi Mutu	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi
Tujuan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi
Definisi Operasional	1 bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Numerator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Denominator	Survei
Sumber data	≥80 %

Standar	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

## XII. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

### 1. Pemenuhan Kebutuhan Darah bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Judul	<b>Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah/Kepala Instalasi Laboratorium

### 2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	<b>Kejadian reaksi transfusi</b>
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	<0,01%
Penanggung jawab	Kepala UTD

### XIII. PELAYANAN KELUARGA MISKIN (GAKIN)

#### 1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN (Karawang Sehat) yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

Judul	<b>Pelayanan terhadap pasien GAKIN (karawang Sehat) yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan</b>
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) adalah pasien pemegang kartu JAMKESDA
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien JAMKESDA yang dilayani Rumah Sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien JAMKESDA yang datang ke Rumah Sakit dalam satu bulan.
Sumber data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

### XIV. 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
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 $\leq 24$ 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	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/Kepala Bidang pelayanan 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 danmendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi operasional	Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	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, 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 pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medisdisediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata $\leq 10$ menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

#### 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	<b>Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, 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	tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 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
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

### XV. 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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter</li> <li>- COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter</li> <li>- TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter</li> <li>- PH : 6-9</li> </ul>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 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%
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

## 2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	<b>Pengolahan 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 : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sisa jarum suntik</li> <li>2. Sisa ampul</li> <li>3. Kasa bekas</li> <li>4. Sisa jaringan</li> </ol> Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPSRS/ K3RS

## XVI. 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	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

## 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	<b>Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja</b>
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban Rumah Sakit untuk 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 analisis	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%
Penanggung jawab	Direktur

## 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	1 tahun
Periode analisis	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 bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala 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	1 tahun
Periode analisis	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 bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

#### 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	<b>Karyawan yang mendapat pelatihan 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	1 tahun
Periode analisis	1 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%
Penanggung jawab	Kepala 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	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	≥ 40%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

## 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	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
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%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

## 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	Setiap bulan
Periode analisis	Setiap 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
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

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

Judul	<b>Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu</b>
Dimensi mutu	Efektivitas,
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	Setiap 6 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	Setiap 6 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

## XVII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

### 1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Judul	<b>Waktu pelayanan ambulance/kereta 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	Setiap bulan
Periode analisis	Setiap 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
Penanggung jawab	Penanggung Jawab Ambulans/Bagian penunjang non medis

### 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit

Judul	<b>Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta 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	1 bulan
Periode analisis	3 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%
Penanggung jawab	Penanggung Jawab Ambulans/Bagian penunjang non medis

### 3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	<b>Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan</b>
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pelayanan ambulance
Definisi operasional	waktu yang diperlukan oleh ambulance untuk dapat merespon panggilan darurat yang telah dilakukan oleh masyarakat dengan maksimal. Waktu < 15 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan ambulance yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan ambulance dalam 1 bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance sesuai dengan respons time
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung Jawab Ambulans/Bagian penunjang non medis

## XVIII. PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

### 1. Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah

Judul	<b>Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit 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 tidak lebih dari 2 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Total jenazah yang dirawat tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Total jenazah yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Penanggung Jawab Perawatan Jenazah/ Kepala Instalasi Rawat Inap

## XIX. PELAYANAN LAUNDRY

### 1. 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	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi CSSD

### 2. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	<b>Tidak adanya kejadian linen yang hilang</b>
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi CSSD

## XX. 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	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15menit dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab	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	1 bulan
Periode analisis	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	Kepala IPRS

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

Judul	<b>Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang 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	1 tahun
Periode analisis	1 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%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

## XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

### 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 PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

### 2. Tersedianya 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 analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di Rumah Sakit
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI

### 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit

Judul	<b>Terlaksananya kegiatan pencatatan dan 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 analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

*Keterangan :*

*ILO : Infeksi Luka Operasi*

*ILI : Infeksi Luka Infus*

*VAP : Ventilator Associated Pneumonie*

*ISK : Infeksi Saluran Kemih*

## XXII. PELAYANAN TB MDR

### 1. Ketersediaan Pelayanan MDR

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan TB MDR</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan TB MDR oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan TB MDR adalah tersedianya jenis pelayanan rawat jalan dan rawat inap spesialis TB MDR yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan klasifikasi rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register pelayanan TB MDR
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi TB MDR



## 2. Pemberi Pelayanan di TB MDR

Judul	<b>Pemberi Pelayanan TB MDR</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik TB MDR oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis TB MDR adalah klinik pelayanan rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka pelayanan TB MDR yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka pelayanan TB MDR dalam satu bulan
Sumber data	Register pelayanan TB MDR dan SITB
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi TB MDR

## 3. Jam Buka Pelayanan TB MDR

Judul	<b>Jam buka pelayanan TB MDR</b>
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan TB MDR 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah pelayanan TB MDR selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah hari buka TB MDR 24 jam dalam sebulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi TB MDR

## 4. Waktu Tunggu Pelayanan TB MDR

Judul	<b>Waktu Tunggu Pelayanan TB MDR</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan TB MDR oleh spesialis pada setiap hari di Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah jumlah waktu yang diperlukan mulai pasien

	mendaftar sesuai jam pelayanan sampai dilayani oleh dokter di pelayanan TB MDR.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah waktu tunggu pasien TB MDR yang disurvei.
Denominator	Jumlah seluruh pasien TB MDR yang disurvei.
Sumber data	Lembar survey Pasien rawat jalan
Standar	≤60 menit.
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi TB MDR

### 5. Kelengkapan Pencatatan dan Pelaporan TB MDR

Judul	<b>Kelengkapan Pencatatan dan Pelaporan TB MDR di Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan layanan, keselamatan.
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB MDR di rumah sakit yang sesuai dengan standar program penanggulangan TB MDR nasional.
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan TB MDR adalah pencatatan dan pelaporan semua pasien TB MDR yang berobat rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit yang sesuai dengan pencatatan dan pelaporan pada standar program penanggulangan TB MDR nasional.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB MDR rawat jalan dan rawat inap yang dicatat dan dilaporkan secara lengkap sesuai dengan standar program penanggulangan TB MDR nasional.
Denominator	Jumlah seluruh kasus TB MDR rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit.
Sumber data	Register dan buku bantu di Instalasi TB MDR dan SITB.
Standar	≥90%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi TB MDR

### 6. Kepatuhan Jadwal Kontrol Ulang Pasien TB MDR

Judul	<b>Kepatuhan Jadwal Kontrol Ulang Pasien TB MDR</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan layanan, keselamatan
Tujuan	Tersedianya kesinambungan pelayanan TB MDR dan efektivitas dan efisiensi pengobatan TB MDR
Definisi Operasional	Kepatuhan jadwal kontrol ulang adalah pasien TB MDR yang

	melakukan kontrol atau kunjungan pengobatan sesuai dengan jadwal yang telah diberikan atau ditetapkan oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien lama TB MDR rawat jalan dan rawat inap yang melakukan kontrol atau kunjungan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan oleh dokter
Denominator	Jumlah seluruh kasus lama TB MDR rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit.
Sumber data	Register dan buku bantu di Instalasi TB MDR dan SITB.
Standar	≥70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi TB MDR

## 7. Rapat TAK TB MDR

Judul	<b>Rapat TAK TB MDR</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan layanan, keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya rapat kegiatan Tim Ahli Klinis (TAK) TB MDR sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan agar pasien TB MDR mendapatkan pengobatan yang sesuai dengan kebutuhan, memaksimalkan pengobatan dan meminimalisir keluhan efek samping obat
Definisi Operasional	Rapat TAK TB MDR adalah pertemuan antara dokter, perawat dan farmasi untuk membahas hasil pemeriksaan penunjang, kendala pengobatan, efek samping pengobatan pasien TB MDR baik pasien <i>baseline</i> atau <i>follow up</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pertemuan TAK yang terimplementasi dalam bulan tersebut
Denominator	Jumlah seluruh pertemuan TAK yang direncanakan dan dijadwalkan
Sumber data	Notulensi dan Dokumentasi Pertemuan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi TB MDR

## 8. OJT Sesuai Jadwal

Judul	<b>OJT Sesuai Jadwal</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan layanan, keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya OJT sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan guna menekan angka kematian pada pasien TB MDR

Definisi Operasional	OJT TB MDR adalah Pemberian informasi kepada Fasilitas Layanan Kesehatan yang selanjutnya disebut FASYANKES satelit TB MDR untuk serah terima pasien dan OAT Lini 2.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah OJT yang terimplementasi dalam bulan tersebut
Denominator	Jumlah seluruh pertemuan OJT yang direncanakan dan dijadwalkan
Sumber data	Notulensi dan Dokumentasi Pertemuan
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi TB MDR

## 9. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan TB MDR
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan TB MDR
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	Humas/Kepala Instalasi IGD/ Ketua Komite Mutu

## BAB III

### RENCANA PENCAPAIAN SPM

#### 3.1. Rencana Pencapaian Indikator SPM

Jadwal rencana pencapaian indikator SPM dibuat berdasarkan dokumen Rencana Strategis RSUD Jatisari Karawang Tahun 2023 sampai 2026 untuk mencapai target sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

**Tabel 3.1 Rencana Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal  
RSUD Jatisari Kabupaten Karawang**

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	KONDISI SAAT INI	TARGET CAPAIAN				
			2022	2023	2024	2025	2026	
1	Gawat Darurat	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	97,5%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Gawat Darurat	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam
3	Gawat Darurat	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Gawat Darurat	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim
5	Gawat Darurat	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	1 menit	≤5 menit	≤5 menit	≤5 menit	≤5 menit	≤5 menit
6	Gawat Darurat	Kepuasan Pelanggan	96,4%	97%	97%	97%	97%	97%
7	Gawat Darurat	Kematian pasien < 24 Jam	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰
8	Gawat Darurat	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Rawat Jalan	Dokter pemberi pelayanan di klinik spesialis	100% Dokter Sepsialis	100% Dokter Sepsialis	100% Dokter Sepsialis	100% Dokter Sepsialis	100% Dokter Sepsialis	100% Dokter Sepsialis
10	Rawat Jalan	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	Anak, Penyakit Dalam, Saraf, Bedah, THT, Paru, TB MDR, Obgyn, Kebidanan, Rehab Medik, Geriatri, Edelwies, Onkologi, Berhenti Merokok,	Anak, Penyakit Dalam, Saraf, Bedah, THT, Paru, TB MDR, Obgyn, Kebidanan, Rehab Medik, Geriatri, Edelwies, Onkologi	Anak, Penyakit Dalam, Saraf, Bedah, THT, Paru, TB MDR, Obgyn, Kebidanan, Rehab Medik, Geriatri, Edelwies, DOTS, Onkologi	Anak, Penyakit Dalam, Saraf, Bedah, THT, Paru, TB MDR, Obgyn, Kebidanan, Rehab Medik, Geriatri, Edelwies, DOTS, Onkologi	Anak, Penyakit Dalam, Saraf, Bedah, THT, Paru, TB MDR, Obgyn, Kebidanan, Rehab Medik, Geriatri, Edelwies, DOTS, Onkologi	Anak, Penyakit Dalam, Saraf, Bedah, THT, Paru, TB MDR, Obgyn, Kebidanan, Rehab Medik, Geriatri, Edelwies, DOTS, Onkologi

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	KONDISI SAAT INI	TARGET CAPAIAN				
			2022	2023	2024	2025	2026	
			COVID-19	Berhenti Merokok COVID-19	Berhenti Merokok COVID-19	Berhenti Merokok COVID-19	Berhenti Merokok COVID-19	Berhenti Merokok COVID-19
11	Rawat Jalan	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan yaitu dari 08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat: 08.00 – 11.00	100%	100%	100%	100%	100%	
12	Rawat Jalan	Waktu tunggu di Rawat Jalan	28,9 menit	28 menit	27 menit	27 menit	27 menit	
13	Rawat Jalan	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS yaitu penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100%	100%	100%	100%	100%	
14	Rawat Jalan	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	
15	Rawat Jalan	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan	90,8%	91%	92%	92%	92%	
16	Rawat Inap	Pemberi pelayanan rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	
17	Rawat Inap	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	
18	Rawat Inap	Ketersediaan pelayanan rawat inap	100% (Anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah).	Anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	Anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	Anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	Anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	
19	Rawat Inap	Jam visite dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	
20	Rawat Inap	Kejadian infeksi pasca operasi	Belum Dinilai	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	
21	Rawat Inap	Angka kejadian infeksi nosokomial	0%	0%	0%	0%	0%	
22	Rawat Inap	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	
23	Rawat Inap	Kematian Pasien > 48 Jam	1,43%	0,8%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	
24	Rawat Inap	Kejadian pulang paksa	4,8%	4%	3%	3%	3%	
25	Rawat Inap	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap	92,6%	93%	94%	94%	94%	
26	Rawat Inap	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS yaitu penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100%	100%	100%	100%	100%	
27	Rawat Inap	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	100%	100%	100%	100%	100%	
28	Bedah Sentral	Waktu tunggu operasi elektif	< 2 hari	< 2 hari	< 2 hari	< 2 hari	< 2 hari	
29	Bedah Sentral	Kejadian kematian dimeja operasi	0%	0%	0%	0%	0%	

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	KONDISI SAAT INI	TARGET CAPAIAN				
			2022	2023	2024	2025	2026	
30	Bedah Sentral	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	
31	Bedah Sentral	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	
32	Bedah Sentral	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	
33	Bedah Sentral	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	
34	Bedah Sentral	Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube	0%	0%	0%	0%	0%	
35	Persalinan dan Perinatologi	Kejadian kematian ibu karena persalinan	Belum dinilai	Pendarahan 1% pre-eklampsia ≤ 30%, sepsis ≤ 0,2%, partus lama ≤ 1%	Pendarahan < 1% pre-eklampsia ≤ 25%, sepsis ≤ 0,1%, partus lama ≤ 1%	Pendarahan < 1% pre-eklampsia ≤ 25%, sepsis ≤ 0,1%, partus lama ≤ 1%	Pendarahan < 1% pre-eklampsia ≤ 25%, sepsis ≤ 0,1%, partus lama ≤ 1%	
36	Persalinan dan perinatologi	Pemberi pelayanan persalinan normal	Belum dinilai	100%	100%	100%	100%	
37	Persalinan dan perinatologi	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Belum dinilai	100%	100%	100%	100%	
38	Persalinan dan perinatologi	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	Belum dinilai	100%	100%	100%	100%	
39	Persalinan dan perinatologi	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	Belum dinilai	100%	100%	100%	100%	
40	Persalinan dan perinatologi	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	Belum dinilai	20%	19%	19%	19%	
41	Persalinan dan perinatologi	Keluarga Berencana Mantap	Belum dinilai	100%	100%	100%	100%	
42	Persalinan dan perinatologi	Konseling KB Mantap	Belum dinilai	100%	100%	100%	100%	
43	Persalinan dan perinatologi	Kepuasan Pelanggan KB Mantap	Belum dinilai	80%	85%	85%	85%	
44	Pelayanan Intensif	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	0%	0%	0%	0%	0%	
45	Pelayanan Intensif	Pemberi pelayanan unit intensif	21,7%	50%	60%	70%	80%	
46	Radiologi	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	5 jam 50 menit	3 jam	2,5 jam	2,5 jam	2,5 jam	
47	Radiologi	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan	dr. Sp. Rad	dr. Sp. Rad	dr. Sp. Rad	dr. Sp. Rad	dr. Sp. Rad	
48	Radiologi	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	0,7%	0,5%	0,3%	0,3%	0,3%	
49	Radiologi	Kepuasan pelanggan Radiologi	91%	92%	93%	93%	93%	
50	Lab. Patologi Klinik	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (Kimia darah & darah rutin)	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	
51	Lab. Patologi Klinik	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	dr. Sp. PK	dr. Sp. PK	dr. Sp. PK	dr. Sp. PK	dr. Sp. PK	

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	KONDISI SAAT INI	TARGET CAPAIAN				
			2022	2023	2024	2025	2026	
52	Lab. Patologi Klinik	Tidak Adanya Kesalahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	
53	Lab. Patologi Klinik	Kepuasan pelanggan	88%	90%	92%	92%	92%	
54	Rehabilitasi Medik/ Fisioterapi	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	22%	≤18%	≤ 15%	≤ 15%	≤ 15%	
55	Rehabilitasi Medik/ Fisioterapi	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	
56	Rehabilitasi Medik/ Fisioterapi	Kepuasan Pelanggan Rehab Medik/Fisioterapi	93,2%	94%	95%	95%	95%	
57	Farmasi	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	9 menit	7 menit	5 menit	5 menit	5 menit	
58	Farmasi	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	20 menit	17 menit	15 menit	15 menit	15 menit	
59	Farmasi	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	
60	Farmasi	Kepuasan pelanggan Farmasi	94%	95%	96%	96%	96%	
61	Farmasi	Penulisan resep sesuai dengan formularium	84,7%	100%	100%	100%	100%	
62	Gizi	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	97,5%	100%	100%	100%	100%	
63	Gizi	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	11,9%	≤10%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	
64	Gizi	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	99,9%	100%	100%	100%	100%	
65	Gizi	Kepuasan pelanggan Gizi	93,5%	94%	95%	95%	95%	
66	Transfusi Darah	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	Belum Dinilai	100%	100%	100%	100%	
67	Transfusi Darah	Kejadian Reaksi transfusi	Belum Dinilai	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	
68	Pelayanan Keluarga Miskin (GAKIN)	Pelayanan terhadap pasien GAKIN (Jamkesda/Karawang Sehat) yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	Belum Dinilai	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	
69	Rekam Medis	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	54%	75%	100%	100%	100%	
70	Rekam Medis	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	100%	100%	100%	
71	Rekam Medis	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	8,1 menit	7 menit	6 menit	6 menit	6 menit	
72	Rekam Medis	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	13,3 menit	11 menit	8 menit	8 menit	8 menit	
73	Pengelolaan limbah	Baku mutu limbah cair	100%	100%	100%	100%	100%	
74	Pengelolaan limbah	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%	



NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	KONDISI SAAT INI	TARGET CAPAIAN				
			2022	2023	2024	2025	2026	
75	Administrasi dan Manajemen	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%	
76	Administrasi dan Manajemen	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	
77	Administrasi dan Manajemen	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	
78	Administrasi dan Manajemen	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	
79	Administrasi dan Manajemen	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	
80	Administrasi dan Manajemen	Cost recovery	23,3%	≥ 40%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	
81	Administrasi dan Manajemen	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	
82	Administrasi dan Manajemen	Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	98,9%	100%	100%	100%	100%	
83	Administrasi dan Manajemen	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	
84	Ambulance/ Kereta Jenazah	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	
85	Ambulance/ Kereta Jenazah	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit	100%	100%	100%	100%	100%	
86	Ambulance/ Kereta Jenazah	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	Tidak ada permintaan	100%	100%	100%	100%	
87	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	
88	Pelayanan laundry	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	100%	100%	100%	100%	
89	Pelayanan laundry	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	Belum Dinilai	100%	100%	100%	100%	
90	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat medis dan non medis ≤ 15 menit	100%	100%	100%	100%	100%	
91	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	92,5%	100%	100%	100%	100%	
92	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.	100%	100%	100%	100%	100%	
93	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Adanya anggota tim PPI yang terlatih	75%	100%	100%	100%	100%	
94	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Ketersediaan APD di setiap instalasi/departemen	100%	100%	100%	100%	100%	
95	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/health care associated infection (HAI) di Rumahsakit (minimal 1	100%	100%	100%	100%	100%	

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	KONDISI SAAT INI	TARGET CAPAIAN				
			2022	2023	2024	2025	2026	
		paramter).						
96	Pelayanan TB MDR	Ketersediaan pelayanan	TB MDR Dewasa dan Anak	TB MDR Dewasa dan Anak	TB MDR Dewasa dan Anak	TB MDR Dewasa dan Anak	TB MDR Dewasa dan Anak	TB MDR Dewasa dan Anak
97	Pelayanan TB MDR	Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis
98	Pelayanan TB MDR	Jam Buka Pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	
99	Pelayanan TB MDR	Waktu tunggu	34,5 menit	< 30 menit	< 25 menit	< 25 menit	< 25 menit	
100	Pelayanan TB MDR	Kelengkapan Pencatatan dan Pelaporan TB MDR di Rumah Sakit	100%	100%	100%	100%	100%	
101	Pelayanan TB MDR	Kepatuhan jadwal kontrol ulang	96%	100%	100%	100%	100%	
102	Pelayanan TB MDR	Rapat TAK	100%	100%	100%	100%	100%	
103	Pelayanan TB MDR	OJT Sesuai Jadwal	79,1%	85%	90%	90%	90%	
104	Pelayanan TB MDR	Kepuasan Pelanggan	94%	95%	96%	96%	96%	

### 3.2. Strategi Pencapaian SPM Berdasarkan Rencana Strategis

Strategi pencapaian SPM dilaksanakan melalui program kegiatan yang disusun dalam Rencana Strategis Rumah Sakit. Kesesuaian Rencana Strategis Rumah Sakit dengan SPM sebagaimana dalam Lampiran.

### 3.3. Rencana Anggaran Biaya

**Tabel 3.2 Rencana Anggaran Biaya Berdasarkan Jenis Pelayanan Dasar RSUD Jatisari Kabupaten Karawang**

NO	JENIS LAYANAN DASAR	KONDISI SAAT INI (Rp)	RENCANA ANGGARAN (Rp)			
			2023	2024	2025	2026
1.	Gawat Darurat	Rp 24.210.000	Rp 26.900.000	Rp 71.300.000	Rp 73.400.000	Rp 75.500.000
2.	Rawat Jalan	Rp 250.560.000	Rp 278.400.000	Rp 487.800.000	Rp 517.200.000	Rp 546.600.000
3.	Rawat Inap	Rp 29.340.000	Rp 32.600.000	Rp 291.752.292	Rp 1.066.600.000	Rp 1.078.000.000
4.	Bedah Sentral	Rp 4.860.000	Rp 5.400.000	Rp 5.400.000	Rp 5.400.000	Rp 5.400.000
5.	Persalinan, perinatalogi (kecuali Rumah Sakit khusus di luar Rumah Sakit ibu dan anak) dan KB	Rp 352.260.000	Rp 391.400.000	Rp 393.100.000	Rp 394.200.000	Rp 395.300.000
6.	Pelayanan Intensif	Rp 54.000.000	Rp 60.000.000	Rp 80.000.000	Rp 80.000.000	Rp 80.000.000

NO	JENIS LAYANAN DASAR	KONDISI SAAT INI (Rp)	RENCANA ANGGARAN (Rp)			
			2023	2024	2025	2026
7.	Pelayanan Radiologi	Rp 1.080.000	Rp 1.200.000	Rp 2.400.000	Rp 3.000.000	Rp 3.600.000
8.	Pelayanan Lab. Patologi Klinik	Rp 1.080.000	Rp 1.200.000	Rp 452.400.000	Rp 503.000.000	Rp 503.600.000
9.	Rehabilitasi Medik/ Fisioterapi	Rp 1.080.000	Rp 1.200.000	Rp 2.400.000	Rp 3.000.000	Rp 3.600.000
10.	Pelayanan Farmasi	Rp 1.099.521.009	Rp 1.221.690.010	Rp 1.502.400.000	Rp 1.653.000.000	Rp 1.818.600.000
11.	Pelayanan Gizi	Rp 1.151.203.271	Rp 1.279.114.746	Rp 1.407.026.221	Rp 1.547.728.843	Rp 1.702.501.727
12.	Pelayanan Transfusi Darah	Rp 4.500.000	Rp 5.000.000	Rp 7.500.000	Rp 10.000.000	Rp 12.500.000
13.	Pelayanan Keluarga Miskin (GAKIN)	Rp 4.320.000	Rp 4.800.000	Rp 6.000.000	Rp 7.200.000	Rp 8.400.000
14.	Pelayanan Rekam Medis	Rp 49.320.000	Rp 54.800.000	Rp 79.800.000	Rp 117.300.000	Rp 173.550.000
15.	Pengelolaan Limbah	Rp 40.500.000	Rp 45.000.000	Rp 49.500.000	Rp 54.450.000	Rp 59.895.000
16.	Administrasi dan Manajemen	Rp 149.760.000	Rp 166.400.000	Rp 241.800.000	Rp 258.500.000	Rp 269.600.000
17.	Ambulance/ Kereta Jenazah	Rp -	Rp -	Rp -	Rp -	Rp -
18.	Pemulasaran Jenazah	Rp -	Rp -	Rp -	Rp -	Rp -
19.	Pelayanan laundry	Rp 297.000.000	Rp 330.000.000	Rp 363.000.000	Rp 399.300.000	Rp 439.230.000
20.	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	Rp 317.460.600	Rp 352.734.000	Rp 388.007.400	Rp 426.808.140	Rp 469.488.954
21.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	Rp 674.121.420	Rp 749.023.800	Rp 810.126.180	Rp 890.538.798	Rp 978.992.678
22.	Pelayanan TB MDR	Rp 1.080.000	Rp 1.200.000	Rp 2.400.000	Rp 3.000.000	Rp 3.600.000
<b>JUMLAH</b>		<b>Rp 4.507.256.300</b>	<b>Rp 5.008.062.556</b>	<b>Rp 6.644.112.093</b>	<b>Rp 8.013.625.781</b>	<b>Rp 8.627.958.359</b>

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

Standar Pelayanan Minimal (SPM) disusun untuk memberikan panduan arah kebijakan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Untuk dapat terlaksananya kebijakan dalam Standar Pelayanan Minimal perlu mendapat dukungan dan partisipasi seluruh pegawai/karyawan RSUD Jatisari Karawang serta perhatian dan dukungan Pemerintah Daerah Jatisari Kabupaten Karawang baik bersifat materiil, administratif maupun politis.

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit ini akan direvisi apabila terjadi perubahan terhadap peraturan perundang-undangan yang terkait dengan pola tata kelola Rumah Sakit sebagaimana disebutkan di atas, serta disesuaikan dengan fungsi, tanggung jawab, dan kewenangan organisasi Rumah Sakit serta perubahan lingkungan.



LAMPIRAN II : PERATURAN BUPATI KABUPATEN KARAWANG NOMOR TAHUN TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JATISARI KABUPATEN KARAWANG

**STANDARD PELAYANAN MINIMAL (SPM) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JATISARI KABUPATEN KARAWANG**

NO	JENIS PELAYANAN	JENIS	INDIKATOR		CAPAIAN 2022	RENCANA CAPAIAN				PENANGGUNG JAWAB		
			URAIAN	STANDAR		2023	2024	2025	2026			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1.	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1.	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	97,5%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat	
			2.	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Seksi Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya	
			3.	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Komite Mutu	
		Proses	4.	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 jam	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	1 menit	≤5 menit	≤5 menit	≤5 menit	≤5 menit	≤5 menit	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Komite Mutu
			6.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		Output	7.	Kematian pasien < 24 Jam	≤ 2‰ (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	0‰	Kepala Instalasi Gawat Darurat

NO	JENIS PELAYANAN	JENIS	INDIKATOR		CAPAIAN 2022	RENCANA CAPAIAN				PENANGGUNG JAWAB	
			URAIAN	STANDAR		2023	2024	2025	2026		
		Outcome	8.	Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %	96,4%	97%	97%	97%	97%	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Komite Mutu
2.	Rawat Jalan	Input	1.	Dokter pemberi pelayanan di klinik spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			2.	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	Anak, Penyakit Dalam, Saraf, Bedah, THT, Paru, TB MDR, Obgyn, Kebidanan, Rehab Medik, Geriatri, Edelwies, DOTS, Onkologi, Berhenti Merokok, COVID-19	Anak, Penyakit Dalam, Saraf, Bedah, THT, Paru, TB MDR, Obgyn, Kebidanan, Rehab Medik, Geriatri, Edelwies, DOTS, Onkologi, Berhenti Merokok, COVID-19	Anak, Penyakit Dalam, Saraf, Bedah, THT, Paru, TB MDR, Obgyn, Kebidanan, Rehab Medik, Geriatri, Edelwies, DOTS, Onkologi, Berhenti Merokok, COVID-19	Anak, Penyakit Dalam, Saraf, Bedah, THT, Paru, TB MDR, Obgyn, Kebidanan, Rehab Medik, Geriatri, Edelwies, DOTS, Onkologi, Berhenti Merokok, COVID-19	Anak, Penyakit Dalam, Saraf, Bedah, THT, Paru, TB MDR, Obgyn, Kebidanan, Rehab Medik, Geriatri, Edelwies, DOTS, Onkologi, Berhenti Merokok, COVID-19	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		Proses	3.	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan yaitu dari 08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat: 08.00 – 11.00	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			4.	Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit	28,9 menit	28 menit	27 menit	27 menit	27 menit	Kepala Instalasi Rawat Jalan/ Komite Mutu
			5.a.	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS yaitu penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			5.b.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat

NO	JENIS PELAYANAN	JENIS	INDIKATOR		CAPAIAN 2022	RENCANA CAPAIAN				PENANGGUNG JAWAB	
			URAIAN	STANDAR		2023	2024	2025	2026		
				pelaporan TB di rumah sakit							Jalan
		Outcome	6.	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan	≥ 90%	90,8%	91%	92%	92%	92%	Kepala Instalasi Rawat Jalan/ Komite Mutu
3.	Rawat Inap	Input	1.	Pemberi pelayanan rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			2.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			3.	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah.	Anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah.	Anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	Anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	Anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	Anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	Kepala Instalasi Rawat Inap
		Proses	4.	Jam visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			5.	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	Belum Dinilai	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			6.	Angka kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %	0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Komite PPI
			7.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			8.a.	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Rawat Inap
			8.b.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB Rumah Sakit	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Rawat Inap
		Output	9.	Kematian Pasien > 48 Jam	≤ 0,24 %	1,43%	0,8%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Komite Mutu
			10.	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	4,8%	4%	3%	3%	3%	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Komite Mutu
		Outcome	11.	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap	≥ 90 %	92,6%	93%	94%	94%	94%	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Komite Mutu

NO	JENIS PELAYANAN	JENIS	INDIKATOR		CAPAIAN 2022	RENCANA CAPAIAN				PENANGGUNG JAWAB		
			URAIAN	STANDAR		2023	2024	2025	2026			
4.	Bedah Sentral (Bedah saja)	Proses	1.	Waktu tunggu operasi elektif	< 2 hari	< 2 hari	< 2 hari	< 2 hari	< 2 hari	< 2 hari	Kepala Instalasi Bedah	
			2.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah	
			3.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah	
			4.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah	
			5.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Bedah	
			6.	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 1 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Bedah
		Output	7.	Kejadian kematian dimeja operasi	≤ 6 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Bedah
5.	Peralihan dan perinatologi	Input	1.	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp. OG	Belum Dinilai	100%	100%	100%	100%	Koordinator Perinatologi	
					b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	Belum Dinilai	100%	100%	100%	100%	Koordinator Perinatologi	
					c. Bidan	Belum Dinilai	100%	100%	100%	100%	Koordinator Perinatologi	
			2.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	Belum Dinilai	100%	100%	100%	100%	100%	Koordinator Perinatologi
			3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan Tindakan operasi	a. Dokter Sp. OG	Belum Dinilai	100%	100%	100%	100%	100%	Koordinator Perinatologi
					b. Dokter Sp. Anak	Belum Dinilai	100%	100%	100%	100%	100%	Koordinator Perinatologi
				c. Dokter Sp. Anestesi	Belum Dinilai	100%	100%	100%	100%	100%	Koordinator Perinatologi	
Proses	4.	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%	Belum Dinilai	100%	100%	100%	100%	100%	Koordinator Perinatologi/ Komite Medik/ Komite Mutu		



NO	JENIS PELAYANAN	JENIS	INDIKATOR		CAPAIAN 2022	RENCANA CAPAIAN				PENANGGUNG JAWAB	
			URAIAN	STANDAR		2023	2024	2025	2026		
			5.	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	$\leq 20\%$	Belum Dinilai	20%	19%	19%	19%	Koordinator Perinatologi/ Komite Mutu
			6.a.	Keluarga Berencana Mantap	100%	Belum Dinilai	100%	100%	100%	100%	Koordinator Perinatologi/ Kepala Bidan Pelayanan Medik/ Komite Mutu
			6.b.	Konseling KB Mantap	100%	Belum Dinilai	100%	100%	100%	100%	Koordinator Perinatologi/ Kepala Bidan Pelayanan Medik/ Komite Mutu
		Output	7.	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan $\leq 1\%$	Belum Dinilai	$\leq 1\%$	$\leq 1\%$	$\leq 1\%$	$\leq 1\%$	Komite Medik
					b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$	Belum Dinilai	$\leq 30\%$	$\leq 25\%$	$\leq 25\%$	$\leq 25\%$	Komite Medik
					c. Sepsis $\leq 0,2\%$	Belum Dinilai	$\leq 0,2\%$	$\leq 0,1\%$	$\leq 0,1\%$	$\leq 0,1\%$	Komite Medik
		Outcome	8.	Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	Belum Dinilai	80%	85%	85%	85%	Komite Mutu
6.	Pelayanan Intensif	Input	1.	Pemberi pelayanan intensif	100%	21,7%	50%	80%	80%	80%	Komite Medik/ Mutu
		Output	2.	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	< 3%	0%	0%	0%	0%	0%	Komite Medik/ Mutu
7.	Pelayanan Radiologi	Proses	1.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	$\leq 3$ jam	5 jam 50 menit	3 jam	2,5 jam	2,5 jam	2,5 jam	Kepala Instalasi Radiologi
	2.		Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	$\leq 2 \%$	0,7%	0,5%	0,3%	0,3%	0,3%	Kepala Instalasi Radiologi	
		Output	3.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan	dr. Sp. Rad	dr. Sp. Rad	dr. Sp. Rad	dr. Sp. Rad	dr. Sp. Rad	dr. Sp. Rad	Kepala Instalasi Radiologi
		Outcome	4.	Kepuasan pelanggan Radiologi	$\geq 80 \%$	91%	92%	93%	93%	93%	Kepala Instalasi Radiologi/ Komite Mutu

NO	JENIS PELAYANAN	JENIS	INDIKATOR			CAPAIAN 2022	RENCANA CAPAIAN				PENANGGUNG JAWAB
			URAIAN	STANDAR	2023		2024	2025	2026		
8.	Pelayanan Lab. Patologi Klinik	Proses	1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (Kimia darah & darah rutin)	≤ 140 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	120 menit	Kepala Instalasi Laboratorium
2.			Tidak Adanya Kesalahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium	
Output		3.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter Sp. PK	Dokter Sp. PK	Dokter Sp. PK	Dokter Sp. PK	Dokter Sp. PK	Dokter Sp. PK	Kepala Instalasi Laboratorium	
Outcome		4.	Kepuasan pelanggan Laboratorium	≥ 80 %	88%	90%	92%	92%	92%	Kepala Instalasi Laboratorium/ Komite Mutu	
9.	Rehabilitasi Medik/ Fisioterapi	Proses	1.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rehab Medik
Output		2.	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50%	22%	≤18%	≤ 15%	≤ 15%	≤ 15%	Kepala Instalasi Rehab Medik	
Outcome		3.	Kepuasan pelanggan Rehab Medik/Fisioterapi	≥80%	93,2%	94%	95%	95%	95%	Kepala Instalasi Rehab Medik/ Komite Mutu	
10.	Pelayanan Farmasi	Proses	1.	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	9 menit	7 menit	5 menit	5 menit	5 menit	Kepala Instalasi Farmasi
2.			Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	20 menit	17 menit	15 menit	15 menit	15 menit	Kepala Instalasi Farmasi	
3.			Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Farmasi	
4.			Penulisan resep sesuai dengan formularium	100 %	84,7%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Farmasi	
Outcome		5.	Kepuasan pelanggan Farmasi	≥ 80 %	94%	95%	96%	96%	96%	Kepala Instalasi Farmasi	

NO	JENIS PELAYANAN	JENIS	INDIKATOR		CAPAIAN 2022	RENCANA CAPAIAN				PENANGGUNG JAWAB	
			URAIAN	STANDAR		2023	2024	2025	2026		
11.	Pelayanan Gizi	Proses	1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	97,5%	97,5%	97,5%	97,5%	97,5%	Kepala Instalasi Gizi/ Kepala Instalasi Rawat Inap
2.			Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	99,9%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi/ Kepala Instalasi Rawat Inap	
Output		3.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	11,9%	≤10%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	Kepala Instalasi Gizi/ Kepala Instalasi Rawat Inap	
Outcome		4.	Kepuasan pelanggan Gizi	≥80 %	93,5%	94%	95%	95%	95%	Kepala Instalasi Gizi/ Kepala Instalasi Rawat Inap/ Komite Mutu	
12.	Pelayanan Transfusi Darah	Proses	1.	Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %	Belum Dinilai	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	Kepala Instalasi Laboratorium
Output		2.	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi	Belum Dinilai	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	Kepala UTD
13.	Pelayanan Keluarga Miskin (GAKIN)	Proses	1.	Pelayanan terhadap pasien GAKIN (Jamkesda/Karawang Sehat) yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani	Belum Dinilai	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	Direktur Rumah Sakit
14.	Pelayanan Rekam Medis	Proses	1.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	100%	8,1 menit	7 menit	6 menit	6 menit	6 menit	Kepala Instalasi Rekam Medik/ Kepala Bidang Pelayanan Medik
2.			Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	100%	13,3 menit	11 menit	8 menit	8 menit	8 menit	8 menit	Kepala Instalasi Rekam Medis

NO	JENIS PELAYANAN	JENIS	INDIKATOR			CAPAIAN 2022	RENCANA CAPAIAN				PENANGGUNG JAWAB
			URAIAN		STANDAR		2023	2024	2025	2026	
		Output	3.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	< 10 menit	54%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rekam Medis
			4.	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	< 15 menit	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rekam Medis
15.	Pengelolaan Limbah	Proses	1.	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IPSRS
		Output	2.	Baku mutu limbah cair	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IPSRS/ K3RS
16.	Administrasi dan Manajemen	Proses	1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
			2.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha
			3.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha
			4.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Sub Bagian keuangan/ kepala Bagian Tata Usaha
			5.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤2 jam	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	Kepala Sub Bagian keuangan/ kepala Bagian Tata Usaha
			6.	Cost recovery	≥ 40 %	23,3%	≥ 40%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	Kepala Sub Bagian keuangan/ kepala Bagian Tata Usaha
			7.	Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
			8.	Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %	98,9%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha
			9.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Sub Bagian keuangan/ Kepala Bagian Tata Usaha
17.	Ambulance/ Kereta Jenazah	Proses	1.	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Penanggungjawab Ambulans/ Bagian Penunjang Non Medik/	

NO	JENIS PELAYANAN	JENIS	INDIKATOR		CAPAIAN 2022	RENCANA CAPAIAN				PENANGGUNG JAWAB	
			URAIAN	STANDAR		2023	2024	2025	2026		
										Kepala Instalasi Gawat Darurat	
			2.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Penanggung Jawab Ambulans/ Bagian Penunjang Non Medik/ Kepala Instalasi Gawat Darurat
			3.	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Penanggung Jawab Ambulans/ Bagian Penunjang Non Medik/ Kepala Instalasi Gawat Darurat
18.	Pemulasaran Jenazah	Proses	1.	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Penanggung Jawab Perawatan Jenazah/ Kepala Instalasi Rawat Inap
19.	Pelayanan laundry	Proses	1.	Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi CSSD
		Output	2.	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	Belum Dinilai	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi CSSD
20.	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	Proses	1.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat medis dan non medis ≤ 15 menit	≥ 80%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IPSRS
			2.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	92,5%	100%	100%	100%	100%	Kepala IPSRS
		Output	3.	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
21.	Pencegahan dan	Input	1.	Adanya anggota tim PPI yang terlatih	75%	75%	100%	100%	100%	100%	Ketua Komite PPI
			2.	Ketersediaan APD di setiap	75%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Komite PPI

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR			CAPAIAN 2022	RENCANA CAPAIAN				PENANGGUNG JAWAB		
		JENIS	URAIAN	STANDAR		2023	2024	2025	2026			
	Pengendalian Infeksi			instalasi/departemen								
		Output	3.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/health care associated infection (HAI) di Rumahsakit (minimal 1 paramter).	75%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Komite PPI	
22.	Pelayanan TB MDR	Input	1.	Ketersediaan pelayanan	Klinik TB MDR Dewasa & Anak	Klinik TB MDR Dewasa & Anak	Klinik TB MDR Dewasa & Anak	Klinik TB MDR Dewasa & Anak	Klinik TB MDR Dewasa & Anak	Klinik TB MDR Dewasa & Anak	Kepala Instalasi TB MDR	
			2.	Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	100% Dokter Spesialis	Kepala Instalasi TB MDR	
		Proses	3.	Jam Buka Pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi TB MDR
			4.	Waktu tunggu	≤ 60 menit	34,5 menit	< 30 menit	< 25 menit	< 25 menit	< 25 menit	< 25 menit	Kepala Instalasi TB MDR
			5.	Kelengkapan Pencatatan dan Pelaporan TB MDR di Rumah Sakit	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi TB MDR
			6.	Kepatuhan jadwal kontrol ulang	≥70 %	96%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi TB MDR
			7.	Rapat TAK	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi TB MDR
		Output	8.	OJT Sesuai Jadwal	≥80%	79,1%	85%	90%	90%	90%	90%	Kepala Instalasi TB MDR
		Outcome	9.	Kepuasan Pelanggan	≥90%	94%	95%	96%	96%	96%	96%	Kepala Instalasi TB MDR/ Komite Mutu