



WALI KOTA LUBUK LINGGAU

PERATURAN WALI KOTA LUBUK LINGGAU

NOMOR 35 TAHUN 2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

UNIT PELAKSANA TEKNIS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

PETANANG KOTA LUBUK LINGGAU

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA LUBUK LINGGAU,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Bdan Layanan Umum Daerah perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Petanang Kota Lubuk Linggau;

Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2001 tentang pembentukan Kota Lubuk Linggau (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 87, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4114);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);

R. S. J.

4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 238, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
6. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) 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 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

R. S. J.

8. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5888) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2014 tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 751);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);

R. J. G.

15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1781);
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 1419);
17. Peraturan Daerah Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Lubuk Linggau (Lembaran Daerah Kota Lubuk Linggau Tahun 2016 Nomor 7) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Daerah Nomor 12 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Nomor 7 Tahun 2016 tentang pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Lubuk Linggau (Lembaran Daerah Kota Lubuk Linggau Tahun 2021 Nomor 12);
18. Peraturan Wali Kota Nomor 14 Tahun 2019 tentang Pembentukan Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Petanang pada Dinas Kesehatan Kota Lubuk Linggau (Berita Daerah Kota Lubuk Linggau Tahun 2019 Nomor 14);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH UNIT PELAKSANA TEKNIS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PETANANG KOTA LUBUK LINGGAU.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Kota adalah Kota Lubuk Linggau.
2. Pemerintah Kota adalah Pemerintah Kota Lubuk Linggau.

R. G. B.

3. Wali Kota adalah Wali Kota Lubuk Linggau.
4. Perangkat Daerah adalah Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Kota Lubuk Linggau.
5. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kota Lubuk Linggau.
6. Rumah Sakit Umum Daerah Petanang, yang selanjutnya disingkat RSUD Petanang adalah Rumah Sakit Umum Daerah Type D Kota Lubuk Linggau.
7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
8. Unit Pelaksana Teknis Rumah Sakit Umum Daerah Petanang yang selanjutnya disingkat UPT RSUD Petanang adalah RSUD yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD.
9. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut Direktur adalah Pimpinan Rumah Sakit yang bertugas dalam pengelolaan Rumah Sakit yang bertanggung jawab kepada Kepala Dinas.
10. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD yang selanjutnya disebut PPK-BLUD adalah pola pengelolah keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
11. Standar Pelayanan Minimal selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

R. J. S.

12. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang selanjutnya disebut SPM Bidang Kesehatan adalah tolak ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan pemerintah, yang selanjutnya disebut SPM bidang kesehatan.
13. Pelayanan Bidang Kesehatan adalah kegiatan urusan wajib pemerintah bidang kesehatan yang meliputi pelayanan kesehatan masyarakat.
14. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
15. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.

Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan untuk memberikan pedoman kepada Pemerintah Kota dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan, dan pertanggung jawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan RSUD Petanang.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin Mutu Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat.

BAB II

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR BATAS WAKTU PENCAPAIAN, DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 3

- (1) UPT RSUD Petanang dalam melaksanakan pelayanan kesehatan mengutamakan pencegahan, penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan serta upaya rujukan.

R. J. G.

- (2) UPT RSUD Petanang mempunyai tugas dan fungsi:
- a. pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan:
 1. pelayanan rawat inap;
 2. rawat jalan, dan
 3. gawat darurat.
 - b. perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan;
 - c. pemberian dukungan atas penyelenggaraan Pemerintah Kota di bidang pelayanan kesehatan; dan
 - d. pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang pelayanan kesehatan.

Pasal 4

- (1) Jenis Pelayanan UPT RSUD Petanang meliputi:
- a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan bedah;
 - e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
 - f. pelayanan intensif;
 - g. pelayanan radiologi;
 - h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
 - i. pelayanan rehabilitasi medik;
 - j. pelayanan farmasi;
 - k. pelayanan gizi;
 - l. Pelayanan transfusi darah;
 - m. Pelayanan pasien dari keluarga miskin;
 - n. pelayanan rekam medik;
 - o. Pengolahan limbah;
 - p. Pelayanan administrasi manajemen;
 - q. pelayanan ambulance/mobiljenazah;
 - r. pelayanan pemulsaran jenazah;
 - s. pelayanan laundry;
 - t. pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
 - u. pencegahan dan pengendalian infeksi.

R. J. H.

- (2) Ketentuan mengenai indikator, Standar nilai, batas waktu pencapaian dan uraian SPM tersusun dalam dokumen BLUD UPT RSUD Petanang sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

BAB III PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) UPT RSUD Petanang wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM dalam Peraturan Wali Kota ini.
- (2) Direktur UPT RSUD Petanang yang menerapkan PPK-BLUD bertanggung jawab dalam melaksanakan penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Wali Kota ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Pasal 6

- (1) Direktur UPT RSUD Petanang yang menerapkan PPK-BLUD menyusun rencana kerja dan anggaran, target dan upaya pencapaian serta pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (2) Rencana kerja dan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun dengan menggunakan format Rencana Bisnis dan Anggaran.

BAB IV PENGORGANISASIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN

Pasal 7

- (1) Wali Kota bertanggung jawab dalam penyelenggaraan Pelayanan Bidang Kesehatan sesuai dengan SPM yang dilaksanakan dalam lingkup bidang kesehatan.



- (2) Penyelenggaraan pelayan kesehatan sesuai dengan SPM kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara operasional dikoordinasi oleh Dinas.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi yang di butuhkan.

BAB V

PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

BIDANG KESEHATAN

Pasal 8

- (1) SPM bidang kesehatan yang ditetapkan merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target pelaksanaan pelayanan kesehatan di lingkungan Kota.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan pedoman/Standar teknis yang ditetapkan oleh Pemerintah Kota.
- (3) Dinas memetakan kondisi pencapaian indikator SPM saat ini dan menghitung kesenjangannya bila dibandingkan dengan target nasional.
- (4) Wali Kota menetapkan target pencapaian masing-masing indikator SPM dan memasukkannya dalam program pembangunan daerah.
- (5) Dinas serta Perangkat Daerah di lingkup kesehatan menetapkan target pencapaian masing-masing indikator SPM dalam bagian Renstra Perangkat Daerah sesuai dengan bidang kewenangannya.
- (6) Dinas bertanggung jawab mengkoordinasikan penyelenggaraan dan pelaksanaan SPM bidang kesehatan dengan Perangkat Daerah lain.

BAB VI

PELAPORAN

Pasal 9

- (1) Wali Kota menyampaikan laporan teknis tahunan kinerja penerapan dan pencapaian SPM Bidang Kesehatan kepada Menteri Kesehatan.

R. J. G.

- (2) Dinas berkewajiban menyampaikan laporan teknis laporan tahunan kinerja pelaksanaan penerapan dan pencapaian SPM kepada Wali Kota.

BAB VII

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu

Pembinaan

Pasal 10

- (1) Pembinaan UPT RSUD Petanang yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Kepala Dinas dan Perangkat Daerah terkait.
- (2) Pembinaan Keuangan UPT RSUD Petanang yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Pengelola Keuangan.
- (3) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) berupa fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang di butuhkan untuk mencapai SPM;
 - b. penyusunan rencana rencana kerja dan Standar kinerja pencapaian target SPM;
 - c. penilaian Pengukuran kinerja;
 - d. penyusunan laporan kinerja dalam penyelenggaraan pemenuhan SPM bidang Kesehatan;
 - e. pelaporan prestasi kerja;
 - f. penyusunan peraturan perundang-undangan untuk implementasi PPK-BLUD UPT RSUD Petanang;
 - g. penyusunan rencana bisnis dan anggaran;
 - h. pelaksanaan anggaran; dan
 - i. akuntansi dan pelaporan keuangan.

Bagian Kedua

Pengawasan

Pasal 11

- (1) Pengawasan penyelenggaraan SPM UPT RSUD Petanang dilaksanakan oleh:

R. J. f.

- a. Perangkat Daerah yang mempunyai tugas dan fungsi pengawasan; dan
 - b. Satuan pengawas internal.
- (2) Satuan Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b adalah Unit Kerja Internal UPT RSUD Petanang yang bersifat Independen dan dalam menjalankan fungsinya bertanggung jawab langsung kepada Direktur UPT RSUD Petanang.

BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 12

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Lubuk Linggau.

Ditetapkan di Lubuk Linggau
pada tanggal, 8 November 2024

R. Pj. WALI KOTA LUBUK LINGGAU, 


KOIMUDIN

Diundangkan di Lubuk Linggau
pada tanggal,

 SEKRETARIS DAERAH KOTA LUBUK LINGGAU, 


TRISKO DEFRIYANSA

LAMPIRAN

PERATURAN WALI KOTA LUBUK LINGGAU

NOMOR 35. TAHUN 2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN

LAYANAN UMUM DAERAH UNIT PELAKSANA

TEKNIS RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

PETANANG KOTA LUBUK LINGGAU

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

Sejak ditetapkan bahwa kesehatan merupakan salah satu urusan pemerintahan yang diserahkan kepada pemerintah daerah, maka penyelenggaraan pelayanan Rumah Sakit menjadi kewajiban bagi Pemerintah Daerah. Penyerahan urusan pemerintahan bidang kesehatan ini juga diikuti dengan penyerahan wewenang dalam pengelolaan sumberdayanya seperti dana, sumber daya manusia, dan sumber daya lainnya.

Rumah Sakit sebagai salah satu instistusi pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat, perlu diimbangi oleh tenaga kesehatan yang memadai dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan di Rumah Sakit. Pada hakekatnya Rumah Sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat. Dengan demikian, kesehatan yang merupakan salah satu urusan wajib pemerintah daerah,

penyelenggaraannya berpedoman pada standar pelayanan minimum dan dilaksanakan secara bertahap.

Pemerintahan daerah yang melalaikan penyelenggaraan urusan pemerintahan yang bersifat wajib, penyelenggaraannya dilaksanakan oleh Pemerintah dengan pembiayaan bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja daerah yang bersangkutan

Sebagai institusi pelayanan kesehatan, pengelolaan Rumah Sakit pemerintah diwajibkan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum agar pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat dapat selalu ditingkatkan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran.

B. Maksud dan Tujuan

Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi Pemilik Rumah Sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Pelayanan di Rumah Sakit. Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit sesuai dengan Pasal 8 Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan layanan Umum ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, cara perhitungan/rumus/pembilang dan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja, target yang harus dicapai mengacu pada target nasional dengan kerangka waktu pencapaian sesuai kemampuan pemilik Rumah Sakit dan sumber data.

C. Landasan Hukum

1. Undang-Undang Nomor 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);
2. Undang-Undang Nomor 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);
3. Undang-Undang Nomor 15 tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400);
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran

Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);

6. Undang-Undang Nomor 33 tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara RI Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438);
7. Undang-Undang Nomor 14 tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik;
8. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
9. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
10. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana diubah dengan Peraturan Pemerintah nomor 74 tahun 2012.
12. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4578);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota;
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1144/Menkes/SK/Per/ VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/ MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam medik.

Cara Menyusun Dokumen SPM Rumah Sakit Kelas D Pratama BLUD

Dalam menyusun SPM di RS wajib memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Keselamatan Pasien, pada setiap jenis pelayanan kesehatan perorangan di Rumah Sakit wajib mengutamakan keselamatan pasien;
2. Pelayanan fokus pada pasien, merupakan pelayanan yang menghormati dan responsif terhadap pilihan, kebutuhan dan nilai-nilai pribadi pasien,serta memastikan bahwa nilai-nilai pasien menjadi panduan bagi semua keputusan klinis;
3. Konsensus, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan departemen terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusun;
4. Sederhana, SPM di Rumah Sakit disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami;
5. Nyata, SPM di Rumah Sakit disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis;
6. Terukur, seluruh indikator dan standar di dalam SPM di Rumah Sakit dapat diukur baik kualitatif ataupun kuantitatif;
7. Terbuka, SPM di Rumah Sakit dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat;
8. Terjangkau, SPM di Rumah Sakit dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia;
9. Akuntabel, SPM di Rumah Sakit dapat dipertanggungjawabkan kepada publik; Bertahap, SPM di Rumah Sakit mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM di Rumah Sakit.

BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. Jenis Pelayanan

Jenis-jenis pelayanan pada pusat pertanggungjawaban di Rumah Sakit yang minimum wajib disediakan oleh Rumah Sakit meliputi:

- a. Pelayanan gawat darurat;
- b. Pelayanan rawat jalan;
- c. Pelayanan rawat inap;
- d. Pelayanan bedah;
- e. Pelayanan persalinan dan perinatologi;
- f. Pelayanan intensif;
- g. Pelayanan radiologi;
- h. Pelayanan laboratorium patologi klinik;
- i. Pelayanan rehabilitasi medik;
- j. Pelayanan farmasi;
- k. Pelayanan gizi;
- l. Pelayanan transfusi darah;
- m. Pelayanan pasien dari keluarga miskin;
- n. Pelayanan Rekam medik;
- o. Pengelolaan limbah;
- p. Pelayanan administrasi manajemen;
- q. Pelayanan ambulans/kereta jenazah;
- r. Pelayanan pemulasaraan jenazah;
- s. Pelayanan laundry;
- t. Pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit;
- u. Pencegah Pengendalian Infeksi;
- v. Pelayanan Keamanan

B. Prosedur Pelayanan

Prosedur pelayanan di RSUD PETANANG disusun dalam bentuk Standar Operasional Prosedur (SOP) yang dituangkan dalam dokumen Tata kelola yang ditetapkan oleh Direktur RSUD PETANANG.

SOP merupakan serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas. Tujuan penyusunan Standar Operasional Prosedur di RSUD PETANANG 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 RSUD PETANANG adalah memenuhi persyaratan standar pelayanan RSUD PETANANG, mendokumentasikan langkah-langkah kegiatan dan memastikan staf RSUD PETANANG memahami bagaimana melakukan pekerjaannya.

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

Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD PETANANG mengacu kepada Standar Pelayanan Minimal yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal.

N O	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1	Gawat darurat	1. Kemampuan menangani life saving 2. Pemberi pelayanan kegawat-daruratan bersertifikat (ATLS/ BTLS/ACLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku 3. Ketersediaan tim Penanggulangan bencana 4. Jam buka pelayanan gawat darurat 5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat 6. Tidak adanya keharusan membayar uang muka 7. Kematian pasien di IGD (\leq 8jam) 8. Kepuasan pasien	1. 100% 2. 100% 3. 1 Tim 4. 24 Jam 5. \leq 5 menit dilayani setelah pasien datang 6. 100% 7. \leq 2 perseribu 8. \geq 70 %
2	Pelayanan Rawat Jalan	1. Ketersediaan pelayanan 2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis 3. Jam buka pelayanan 4. Waktu tunggu rawat jalan	1. minimal sesuai dengan jenis dan Klasifikasi RS 2. 100 % 3. 08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 – 11.00 4. \leq 60 menit

		<p>5. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis</p> <p>6. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS</p> <p>7. Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)</p>	<p>5. 100%</p> <p>6. 100%</p> <p>7. Tersedia dengan tenaga terlatih</p>
3	Pelayanan Rawat Inap	<p>1. Ketersediaan pelayanan</p> <p>2. Pemberi pelayanan di Rawat Inap</p> <p>3. Tempat tidur dengan pengaman</p> <p>4. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan</p> <p>5. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap</p> <p>6. Jam Visite Dokter Spesialis</p> <p>7. Kejadian infesksi pasca operasi</p> <p>8. Kejadian infeksi nosokomial</p> <p>9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian</p> <p>10. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS</p> <p>11. Pencatatan dan pelaporan TB di RS</p> <p>12. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh</p> <p>13. Kematian pasien \geq 48 jam</p> <p>14. Kepuasan pasien</p>	<p>1. Sesuai jenis & kelas RS</p> <p>2. Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS</p> <p>3. 100 %</p> <p>4. 100 %</p> <p>5. 100 %</p> <p>6. 08.00 s/d 14.00</p> <p>7. \leq 1,5 %</p> <p>8. \leq 9 %</p> <p>9. 100 %</p> <p>10. 100 %</p> <p>11. \geq 60%</p> <p>12. \leq 5 %</p> <p>13. \leq 0,24 %</p> <p>14. \geq 90 %</p>
4	Pelayanan Bedah Sentral	<p>1. Ketersediaan tim bedah</p> <p>2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi</p> <p>3. Kemampuan melakukan tindakan operatif</p>	<p>1. Sesuai dengan kelas RS</p> <p>2. Sesuai dengan kelas RS</p> <p>3. Sesuai dengan</p>

		<p>4. Waktu tunggu operasi elektif</p> <p>5. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</p> <p>6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang</p> <p>7. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</p> <p>8. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi</p> <p>9. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ET</p> <p>10. Kejadian kematian di meja operasi</p> <p>11. Kepuasan pelanggan</p>	<p>kelas RS</p> <p>4. ≤ 2 hari</p> <p>5. 100 %</p> <p>6. 100 %</p> <p>7. 100 %</p> <p>8. 100 %</p> <p>9. ≤ 6 %</p> <p>10. ≤ 1 %</p> <p>11. ≥ 80 %</p>
5	Persalinan dan perinatologi	<p>1. Pemberi pelayanan persalinan normal</p> <p>2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit</p> <p>3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif</p> <p>4. Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)</p> <p>5. Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia</p> <p>6. Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria non rujukan</p> <p>7. Pelayanan kontrasepsi mantap Dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih</p> <p>8. Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih</p> <p>9. Kematian ibu karena persalinan</p>	<p>1. Dokter Sp.OG/ Dokter umum/ Bidan</p> <p>2. Tim PONEK</p> <p>3. Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter Sp.An</p> <p>4. 100 %</p> <p>5. 100 %</p> <p>6. ≤ 20 %</p> <p>7. 100 %</p> <p>8. 100 %</p> <p>9. a. perdarahan ≤ 1 % b. pre-eklampsia ≤ 30% c. Sepsis $\leq 0,2$ %</p>

		10. Kepuasan pasien	10. $\geq 80\%$
6	Pelayanan intensif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan 2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU 3. Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai kelas RS dan standar ICU 2. Sesuai kelas RS dan standar ICU 3. Sesuai kelas RS dan standar ICU
7	Pelayanan radiologi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan radiologi 2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi 3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax 4. Kerusakan foto 5. Tidak terjadinya kesalahan pemberian label 6. Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi 7. Kepuasan pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter spesialis radiologi, Radiografer 2. Sesuai kelas RS 3. ≤ 3 jam 4. $\leq 2\%$ 5. 100 % 6. Dokter spesialis radiologi 7. $\geq 80\%$
8	Pelayanan patologi klinik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan laboratorium patologi klinik 2. Fasilitas dan peralatan 3. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik 4. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium 5. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 6. Kepuasan pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai kelas RS 2. Sesuai kelas RS 3. ≤ 120 menit 4. Dokter spesialis patologi klinik 5. 100 % 6. $\geq 80\%$
9	Pelayanan rehabilitasi medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan rehabilitasi medik 2. Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai persyaratan kelas rumah sakit 2. Sesuai persyaratan

		<p>3. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik</p> <p>4. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan</p> <p>5. Kepuasan pelanggan</p>	<p>kelas rumah sakit</p> <p>3. 100 %</p> <p>4. ≤ 50 %</p> <p>5. ≥ 80 %</p>
10	Pelayanan Farmasi	<p>1. Pemberi pelayanan farmasi</p> <p>2. Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi</p> <p>3. Ketersediaan formularium</p> <p>4. Waktu tunggu pelayanan obat jadi</p> <p>5. Waktu tunggu pelayanan obat racikan</p> <p>6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat</p> <p>7. Kepuasan pelanggan</p>	<p>1. Sesuai kelas rumah sakit</p> <p>2. Sesuai kelas rumah sakit</p> <p>3. Tersedia dan updated paling lama 3 thn</p> <p>4. ≤ 30 menit</p> <p>5. ≤ 60 menit</p> <p>6. 100 %</p> <p>7. ≥ 80 %</p>
11	Pelayanan gizi	<p>1. Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien</p> <p>2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet</p> <p>3. Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien</p> <p>4. Kepuasan pelanggan</p>	<p>1. ≥ 90 %</p> <p>2. 100 %</p> <p>3. ≤ 20 %</p> <p>4. ≥ 80 %</p>
12	Pelayanan Transfusi Darah	<p>1. Kejadian reaksi transfuse</p> <p>2. Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan transfusi di rumah sakit</p> <p>3. Kepuasan pelanggan</p>	<p>1. $\leq 0,01$ %</p> <p>2. 100 %</p> <p>3. ≥ 80 %</p>
13	Pelayanan pasien keluarga miskin	<p>1. Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin</p> <p>2. Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin</p> <p>3. Semua pasien keluarga miskin yang dilayani</p> <p>4. Kepuasan pelanggan</p>	<p>1. ≤ 15 menit</p> <p>2. 100%</p> <p>3. 100%</p> <p>4. ≥ 80 %</p>

14	Pelayanan rekam medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu penyediaan dokumen Rekam medik rawat jalan 2. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap 3. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 4. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas 5. Kepuasan pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ 10 menit 2. ≤ 15 menit 3. 100 % 4. 100 % 5. ≥ 80 %
15	Pengelolaan limbah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengelolaan limbah cair 2. Pengelolaan limbah padat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai peraturan perundang an 2. Sesuai peraturan perundang an
16	Administrasi dan manajemen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 3. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 4. Pelaksanaan rencana pengembangan SDM 5. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 6. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap 7. Cost recovery 8. Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja 9. Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun 10. Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % 2. 100 % 3. 100 % 4. ≥ 90 % 5. 100 % 6. ≤ 2 jam 7. ≥ 60 % 8. 100 % 9. ≥ 60 % 10. 100 %
17	Pelayanan ambulans dan mobil jenazah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit 3. Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 24 jam 2. ≤ 30 menit 3. ≤ 30 menit

		masyarakat yang membutuhkan 4. Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	4. 100 %
18	Perawatan Jenazah	1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah 2. Perawatan jenazah sesuaistandar universal precaution 3. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	1. ≤15 menit setelah di kamar jenazah 2. 100% 3. 100 %
19	Pelayanan laundry	1. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan 2. Ketepatan pengelolaan linen infeksius 3. Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	1. 100 % 2. 100 % 3. 100 %
20	Pemeliharaan sarana rumah sakit	1. Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan 3. Ketepatan waktu kalibrasi alat 4. Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	1. ≥ 80 % 2. 100 % 3. 100 % 4. 100 %
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi	1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih 2. Ketersediaan APD di setiap instalasi/departemen 3. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana 4. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas 5. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ health care associated infection (HAI) di rumah sakit.	1. Anggota Tim PPI yang terlatih 75% 2. ≥60 % 3. 100 % 4. 100% 5. ≥ 75%
22	Pelayanan Keamanan	1. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan 2. Petugas Keamanan melakukan keliling RS 3. Evaluasi terhadap system	1. 100% 2. Setiap jam 3. Setiap 3

		pengamanan 4. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yg hilang	bulan 4. 100%
--	--	---	------------------

Lampiran 3 : Peraturan Menteri Kesehatan nomor ../MENKES PER/./2012

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani Life saving

Judul	Kemampuan menangani life saving
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat pada bayi, anak, orang dewasa dan ibu melahirkan
Definisi Operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah alat yang dimiliki di UGD dalam rangka penyelamatan jiwa
Denominator	Jumlah alat yang seharusnya dimiliki dalam rangka penyelamatan jiwa sesuai dengan kelas RS
Sumber Data	Daftar inventaris alat di UGD
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten adalah tenaga pemberi pelayanan gawat darurat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS yang masih berlaku. Dokter internship diakui telah bersertifikat karena baru lulus UKDI
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

3. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit dan telah mendapat pelatihan SPGDT S dan SPGDT B
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

4. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam disetiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah hari buka IGD 24 jam dalam sebulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang disampling (<i>minimaln=50</i>)
Sumber Data	Sample

Standar	≤5 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

6. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

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

7. Kematian Pasien di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien diGawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 8 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 8 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan

Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 8 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (<i>minimaln=50</i>)
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 70\%$
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan klasifikasi rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Jenis pelayanan yang seharusnya tersedia di RS sesuai dengan kelas RS
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100% (Sesuai dengan kelas rumah sakit Permenkes No 340/2010)
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

2. Pemberi pelayanan diklinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan diklinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh

	dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hari buka semua klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah hari kerja dalam satu bulan dikalikan jumlah klinik spesialis
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

3. Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja dirumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00s.d.13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at pukul 08.00-11.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
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%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

4. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
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
Periode Analisa	3 bulan
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
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

5. Penegakan Diagnosis Tuberculosis

Judul	Penegakan Diagnosis Tuberculosis
Dimensi Mutu	Efektivitas, Kesenambungan layanan
Tujuan	Kepastian penegakan diagnosis tuberkulosis
Definisi	Penegakan diagnosis tuberculosis secara

Operasional	mikroskopis adalah dengan ditemukannya Mycobacterium tuberculosis melalui 3x pemeriksaan mikroskopis
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tigabulan
Numerator	Jumlah pasien tersangka tuberculosis yang didiagnosis tuberculosis ditegakkan melalui pemeriksaan mikroskopis
Denominator	Jumlah seluruh pasien tersangka tuberculosis yang diperiksa
Sumber Data	Rekam Medik Pasien
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

6. Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses,efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat antituberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis 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 tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dirumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB03UPK
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

7. Ketersediaan Pelayanan VCT

Judul	Ketersediaan Pelayanan VCT
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan VCT di rumah sakit untuk pemeriksaan sukarela HIV/AIDS
Definisi Operasional	Pelayanan Voluntary Councelling and Testing adalah pelayanan di rumah sakit kepada masyarakat yang secara sukarela untuk melakukan test dan konseling HIV/AIDS
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tigabulan
Numerator	Adanya Pelayanan VCT
Denominator	1
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan
Standar	Tersedia dengan tenaga terlatih
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat Jalan

8. Peresepan Obat Sesuai Formularium

Judul	Peresepan Obat Sesuai Formularium
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium adalah daftar obat-obatan yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (minimal 50 sampel)
Sumber Data	Instalasi Farmasi
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

9. Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit

Judul	Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan TB adalah pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Jumlah seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit

Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

10. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (<i>minimaln=50</i>)
Sumber Data	Survey
Standar	≥90%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/tim mutu/panitia mutu

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
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 oleh dokter spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit. Frekuensi Pengumpulan Data
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan dokter spesialis di rawat inap yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Semua jenis pelayanan oleh dokter spesialis yang seharusnya ada sesuai kelas rumah sakit
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	100% (Sesuai dengan kelas rumah sakit Permenkes No 340/2010)
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

2. Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten(minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang

	bertugas dirawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

3. Tempat Tidur Dengan Pengaman

Judul	Tempat Tidur Dengan Pengaman
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh dari tempat tidur
Definisi Operasional	Pengaman adalah peralatan yang dipasang pada tempat tidur pasien agar tidak jatuh dari tempat tidur
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tempat tidur di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur di ruang rawat inap yang ada di rumah sakit
Sumber Data	Catatan Instalasi Rawat Inap
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

4. Kamar Mandi Dengan Pengaman

Judul	Kamar Mandi Dengan Pengaman
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh di dalam kamar mandi
Definisi Operasional	Pengaman adalah pegangan tangan yang dipasang di kamar mandi untuk membantu pasien agar tidak jatuh di dalam kamar mandi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	jumlah kamar mandi di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh kamar mandi yang ada di ruang

	rawat inap yang ada di rumah sakit
Sumber Data	Catatan Instalasi Rawat Inap
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

5. Dokter penanggungjawab pasien rawat inap

Judul	Dokter penanggungjawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggungjawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekammedik
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

6. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, 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 disurvey
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokters pesialis yang disurvey
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

7. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan dirumah sakit yang ditandai oleh rasa Panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3x24 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%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

8. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial

	rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama Dirawat dirumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤9%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh daritempat tidur, dikamar mandi,dsb,yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	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,laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

10. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasein tuberkulosis dengan strategi DOTS

Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanantuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat antituberculosis yangsesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosis nasional,dan semua pasien yang tuberculosis 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 inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawatinap tuberculosis yang ditangani dirumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Registe rrawat inap, register TB03UPK
Standar	100%
Penanggungjawa b Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

11. Pencatatan Dan Pelaporan TB Di Rumah Sakit

Judul	Pencatatan Dan Pelaporan TB Di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan, keselamatan
Tujuan	Ketertiban pencatatan dan pelaporan tuberculosis dalam mendukung epidemiologi tuberculosis
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien tuberculosis yang dicatat dan dilaporkan lengkap dan tepat waktu
Denominator	Jumlah seluruh pasien tuberculosis
Sumber Data	Rekam medik pasien
Standar	100%
Penanggungjawa b Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

12. Kejadian Pulang sebelum dinyatakan sembuh

Judul	Kejadian Pulang sebelum dinyatakan sembuh
Dimensi Mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	pulang sebelum sembuh adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	jumlah pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤5 %
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

13. kematian Pasien >48 Jam

Judul	Kematian Pasien >48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap dirumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien >48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap >48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis

Standar	≤24/1000(internasional) atau ≤25/1000 (Indonesia)
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

14. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
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 oleh dokter, perawat, dan kondisi ruangan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang di survey (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minima 150)
Sumber Data	Survei
Standar	≥90%
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

IV. BEDAH SENTRAL

1. Ketersediaan Tim Operator

Judul	Ketersediaan Tim Operator
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	Tim operator adalah tim yang siap untuk melaksanakan pelayanan bedah sesuai kebutuhan dan sesuai kelas rumah sakit baik cito maupun elektif, yang terdiri dari dokter spesialis, perawat, dan petugas instrumen sesuai ketentuan yang berlaku

Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	1
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan kebutuhan (Beban kerja)
Penanggungjawab	Kepala instalasi bedah sentral

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang Operasi

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang Operasi
Dimensi Mutu	Kelamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bedah sentral baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan bedah sentral
Denominator	Fasilitas dan peralatan yang seharusnya ada sesuai kelas rumah sakit
Sumber Data	Inventaris Instalasi bedah sentral
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggungjawab	Kepala instalasibedah sentral

3. Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif

Judul	Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Rumah sakit mampu menyediakan pelayanan operatif sesuai dengan kelas dan unggulan rumah sakit
Definisi Operasional	Tindakan operatif adalah tindakan pembedahan mayor yang dilaksanakan di instalasi bedah sentral
Frekuensi Pengumpulan Data	3bulan sekali
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jenis tindakan operatif yang dapat dikerjakan

Denominator	Jenis tindakan operatif yang seharusnya dapat dilakukan sesuai kelas RS
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral
Standar	100%
Penanggungjawab	Ketua instalasi bedah sentral

4. Waktu tunggu operasi elektif

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

5. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah,misalnya yang semestinya dioperasi padasisikanan,ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentine levent
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%
Penanggungjawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

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

7. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

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

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

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing padat ubuh pasien setelah Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatanpasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan Pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤100%
Penanggungjawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

9. Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotrachealtube

Judul	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan Endotrachealtube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotrachealtube

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentine levent
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤6%
Penanggungjawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

10. Kejadian kematian dimeja operasi

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

11. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu

	pelayanan instalasi bedah sentral
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan instalasi bedah sentral yang diberikan oleh dokter, perawat
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	≥90 %
Penanggungjawab	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DILUAR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK)

1. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG,dokter umum terlatih(asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah dokter dan bidan yang memenuhi kualifikasi menolong persalinan

VI. Gizi

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Pemberian Pelayanan Gizi
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan gizi

Definisi operasional	Pemberi pelayanan gizi adalah tenaga ahli gizi yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga ahli gizi yang bekerja di instalasi gizi
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Gizi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Gizi

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Gizi

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Gizi
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan gizi
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan gizi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan gizi sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan gizi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Gizi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Gizi

3. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien
Dimensi mutu	Efektivitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya Efektivitas 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	1bulan
Periode analisis	3bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	≥90 %
Penanggungjawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

4. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1bulan
Periode analisis	3bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

5. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien
Dimensi mutu	Efektivitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektivitas 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	1bulan
Periodeanalisis	3bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah porsi makanan pasien pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	
Survei	
Standar	$\leq 20\%$
Penanggungjawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi
Frekuensi pengumpulan data	1bulan
Periodeanalisis	3bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	

Survei	
Standar	≥80 %
Penanggungjawab	Kepala instalasi gizi

VII. TRANSFUSI DARAH

1. Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah

Judul	Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan bank darah
Definisi operasional	Pemberi pelayanan bank darah adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit untuk pelayanan bank darah rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1bulan
Periode analisis	3bulan
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di bank darah rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Bank Darah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah Rumah Sakit
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Laboratorium/Penanggung Jawab Bank Darah

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Bank Darah

Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Bank Darah
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan bank darah
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan bank darah adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bank darah sesuai dengan persyaratan dalam Pedoman Bank Darah Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan	3bulan

data	
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan Bank Darah
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Bank Darah
Standar	Sesuai dengan Pedoman Bank Darah Rumah Sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium/Penanggung Jawab Bank Darah

3. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	Kejadian Reaksi Transfusi
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, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi Pengumpulan data	1bulan
Periode analisis	3bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤0,01 %
Penanggung jawab	Penanggung Jawab BDRS

4. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Judul	Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah

	Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Cukup jela
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	
Survei	
Standar	100 %
Penanggungjawab	Penanggung Jawab BDRS

N

5. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan BDRS
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan BDRS
Frekuensi Pengumpulan data	1bulan
Periode analisis	3bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	
Survei	
Standar	≥80 %
Penanggungjawab	Penanggung Jawab BDRS

VIII. PELAYANAN PASIEN KELUARGA MISKIN

1. Ketersediaan Pelayanan untuk Keluarga Miskin

Judul	Ketersediaan Pelayanan untuk Keluarga Miskin
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Memberikan jaminan akses pasien dari keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan rujukan di rumah sakit
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) atau kartu jaminan kesehatan daerah, atau membawa surat keterangan tidak mampu yang sah
Frekuensi pengumpulan data	3bulan
Periode analisis	3bulan
Numerator	Pelayanan rawat jalan dan rawat inap untuk pasien keluarga miskin
Denominator	1
Sumber data	Jamkesmas/Jamkesda
Standar	Tersedia
Penanggungjawab	Direktur Rumah Sakit

2. Kebijakan RS untuk Pelayanan Pasien Keluarga Miskin

Judul	Kebijakan RS untuk Pelayanan Keluarga Miskin
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Memberikan jaminan akses pasien dari keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan rujukan di rumah sakit
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) atau kartu jaminan kesehatan daerah, atau membawa surat keterangan tidak mampu yang sah
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Kebijakan Pelayanan Keluarga Miskin

Denominator	1
Sumber data	Arsip SK
Standar	Ada
Penanggungjawab	Direktur Rumah Sakit

3. Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan

Judul	Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Kecepatan pelayanan administrasi kepesertaan pasien dari keluarga miskin
Definisi operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai verifikasi kepesertaan selesai
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien dari keluarga miskin yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien dari keluarga miskin yang disurvei
Sumberdata	Survei Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan
Standar	≤ 15 menit
Penanggungjawab	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

4. Tidak Adanya Biaya Tambahan Yang Ditagihkan Pada Keluarga Miskin

Judul	Tidak Adanya Biaya Tambahan Yang Ditagihkan pada Keluarga Miskin
Dimensi mutu	Akses dan efisiensi
Tujuan	Jaminan tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan kepada pasien dari keluarga miskin
Definisi operasional	Biaya tambahan adalah biaya yang ditagihkan kepada pasien keluarga miskin

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien keluarga miskin yang tidak dikenakan biaya tambahan dikurangi jumlah pasien keluarga miskin yang dikenakan biaya tambahan
Denominator	Jumlah seluruh pasien dari keluarga miskin
Sumber data	Survei Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

5. Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani

Judul	Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu Jamkesmas atau jamkesda yang bekerjasama dengan RS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien keluarga miskin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggungjawab	Direktur Rumah Sakit

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggungjawab	Panitia Mutu

IX. REKAM MEDIK

1. Pemberi Pelayanan Rekam medik

Judul	Pemberi Pelayanan Rekam medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan Kesiambungan Pelayanan
Tujuan	Tersedianya tenaga yang kompeten dalam pelayanan Rekam medik
Definisi operasional	Pemberi pelayanan Rekam medik adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit untuk pelayanan Rekam medik
Frekuensi pengumpulan data	3bulan
Periode analisis	3bulan
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di instalasi Rekam medik rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Rekam medik Rumah Sakit

Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Rekam medik

2. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen Rekam medik rawat jalan adalah dokumen Rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai Rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	3bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan Rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan Rekam medik yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru /di ruang Rekam medik untuk pasien lama
Standar	≤10 menit
Penanggung jawab	Kepalainstalasirekammedik

3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
Dimensi mutu	Efektifitas,kenyamanan,efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan Rekam medik rawat inap

Definisi operasional	Dokumen Rekam medik rawat inap adalah dokumen Rekam medik 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 medik rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan Rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data	hasil survei
Standar	≤15 menit
Penanggungjawab	Kepala instalasi rekam medis

4. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei

Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik

5. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
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	3bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala instalasi rekam medik

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Rekam medik

Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Rekam medik
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Period analisis	3bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggungjawab	Panitia Mutu

X. Pengolahan Limbah

1. Adanya Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

Judul	Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Dimensi mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektivitas
Tujuan	Terkelolanya limbah rumah sakit sesuai peraturan perundangan
Definisi operasional	Penanggung jawab pengelolaan limbah rumah sakit adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan limbah rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	3bulan
Periode analisis	3bulan
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggungjawab	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah

Rumah Sakit

Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit adalah ruang, mesin, perlengkapan, dan peralatan yang harus tersedia untuk pengelolaan limbah rumah sakit sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggungjawab	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

3. Pengelolaan Limbah Cair

Judul	Pengelolaan Limbah Cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi operasional	Limbah Cair adalah limbah cair yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang dan yang berasal dari berbagai alat sanitasi di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiap minggu sekali

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Proses pengelolaan limbah cair sesuai peraturan perundangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggungjawab	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

4. Pengelolaan Limbah Padat

Judul	Pengelolaan Limbah Padat
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi operasional	Limbah Padat yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang maupun yang dihasilkan dari pengunjung rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	Tiap minggu sekali
Periode analisis	3bulan
Numerator	Proses pengelolaan limbah padat sesuai dengan peraturan perundangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggungjawab	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

5. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap

	keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9, ammonia < 0.1 mg/l, phasphat < 2 mg/l
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala IPSRS

XI. Administrasi dan Manajemen

1. Kelengkapan Pengisian Jabatan

Judul	Kelengkapan Pengisian Jabatan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen rumah sakit
Definisi operasional	Jabatan adalah jabatan struktural dan fungsional sebagaimana tersurat dalam struktur organisasi rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6bulan
Numerator	Jabatan struktural dan fungsional yang telah diisi sesuai dengan kompetensinya
Denominator	Jumlah posisi jabatan struktural dan fungsional yang ada dalam struktur
Sumber data	Kepegawaian

Standar	≥ 90 %
Penanggungjawab	Direktur rumah sakit

2. Peraturan Internal Rumah Sakit

Judul	Peraturan Internal Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen rumah sakit, adanya kejelasan hubungan kerja pemilik, direksi, dan praktisi medis
Definisi operasional	Peraturan Internal Rumah Sakit adalah peraturan yang disusun oleh pemilik yang mengatur tata hubungan kerja pemilik, direksi, dan praktisi medis di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 tahun
Numerator	Peraturan Internal Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh pemilik
Penanggungjawab	Direktur Rumah Sakit

3. Peraturan Karyawan Rumah Sakit

Judul	Peraturan Karyawan Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen SDM rumah sakit dan keseimbangan kesejahteraan karyawan dan kinerja pelayanan
Definisi operasional	Peraturan Karyawan Rumah Sakit adalah seperangkat peraturan yang ditetapkan oleh rumah sakit, berlaku dan mengikat bagi setiap karyawan, dimaksudkan sebagai peraturan kerja agar ada kepastian tugas, kewajiban, dan hak-hak karyawan rumah sakit, sehingga tercipta dan terpelihara keserasian hubungan kerja untuk menjamin keseimbangan antara kesejahteraan dan kinerja pelayanan.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun

Numerator	Peraturan Karyawan Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh direktur rumah sakit
Penanggungjawab	Direktur Rumah Sakit

4. Daftar Urutan Kepangkatan

Judul	Daftar Urutan Kepangkatan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi kepegawaian di rumah sakit
Definisi operasional	Daftar Urutan Kepangkatan adalah salah satu bahan objektif untuk melaksanakan pembinaan karir karyawan berdasarkan sistem karir dan prestasi kerja.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Daftar Urutan Kepangkatan
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dan di-update tiap 6 bulan
Penanggungjawab	Direktur Rumah Sakit

5. Perencanaan Strategis Rumah Sakit

Judul	Perencanaan Strategis Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tercapainya tujuan strategis rumah sakit dalam mengemban visi dan misi
Definisi operasional	Perencanaan strategis adalah perencanaan jangka panjang rumah sakit untuk menentukan strategi serta mengambil keputusan untuk mengalokasikan sumber daya untuk mencapai tujuan strategi frekuensi pengumpulan data.
Frekuensi pengumpulan	6 bulan

data	
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Perencanaan Strategi
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen rencana strategis
Penanggungjawab	Direktur Rumah Sakit

6. Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit

Judul	Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya SDM yang kompeten dan pengembangan karir karyawan.
Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Perencanaan Pengembangan SDM
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen rencana pengembangan SDM
Penanggungjawab	Direktur Rumah Sakit

7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan

	permasalahan pada bidang masing-masing.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periodeanalisis	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%
Penanggungjawab	Direktur Rumah Sakit

8. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober.
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periodeanalisis	satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha

9. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala
-------	--

Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999).
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha

10. Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM

Judul	Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM
Dimensi mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Meningkatnya kompetensi teknis dan tercapainya pengembangan karir SDM.
Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Pelaksanaan program pengembangan SDM dalam periode waktu tertentu.
Denominator	Rencana program pengembangan SDM dalam periode waktu tertentu.
Sumber data	Instalasi Pendidikan dan Pelatihan
Standar	≥ 90 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Pendidikan dan Pelatihan

11. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit.
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya.
Frekuensi pengumpulan data	tiga bulan
Periode analisis	tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan.
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan.
Sumber data	Bagian Keuangan
Standar	≥ 90 %
Penanggungjawab	Kepala Bagian Keuangan

12. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
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	tiap bulan

Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan.
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggungjawab	Bagian Keuangan

13. Cost Recovery

Judul	Cost Recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan 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	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan.
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	≥ 60 %
Penanggungjawab	Bagian Keuangan

14. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan

Definisi operasional	<p>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.</p> <p>Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali.</p>
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun.
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggungjawab	Direktur

**15. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam
Pertahun**

Judul	Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun
Dimensi mutu	kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia.
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun

Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun.
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit.
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	≥60 %
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha

16. Ketepatan Waktu Pemberian Insentif

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Insentif
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan karyawan.
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan prestasi kerja. Ketepatan waktu adalah ketepatan terhadap waktu yang disepakati/peraturan rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Waktu pemberian insentif yang tepat waktu dalam periode tiga bulan.
Denominator	3
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggungjawab	Bagian Keuangan

XII. AMBULANCE/KERETAJENAZAH

1. Ketersediaan Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	Ketersediaan Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah
Dimensi mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah 24 Jam di Rumah Sakit.

Definisi operasional	Mobil ambulans adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	ketersediaan ambulans dan mobil jenazah.
Denominator	1
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 jam
Penanggungjawab	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

2. Penyedia Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	Penyedia Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan ambulans dan mobil jenazah adalah supir ambulans/mobil jenazah yang terlatih.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	tenaga yang memberikan pelayanan ambulans dan mobil jenazah.
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian
Standar	Supir ambulans/mobil jenazah yang mendapat pelatihan supir ambulans.
Penanggungjawab	Kepala Bidang Umum

3. Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah untuk pasien yang membutuhkan.

Definisi operasional	Mobil ambulans adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah.
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah.
Denominator	1
Sumber data	Bidang Umum
Standar	Mobil ambulans terpisah dari mobil jenazah.
Penanggungjawab	Kepala IGD

4. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah sakit

Judul	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah sakit
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans/mobil jenazah.
Definisi operasional	Kecepatan pemberian pelayanan ambulans/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans/mobil jenazah, minimal tidak lebih dari 30 menit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu kecepatan pemberian pelayanan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan.
Sumber data	catatan penggunaan ambulans/mobil jenazah.
Standar	≤ 30 menit

Penanggungjawab	Penanggung jawab ambulans
-----------------	---------------------------

5. Waktu Tanggap Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah sakit

Judul	Waktu Tanggap Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah sakit.
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulans/mobil jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan ambulans/mobil jenazah kepada masyarakat adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh masyarakat sampai ambulans/mobil jenazah berangkat dari rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tanggap pelayanan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans/kereta jenazah dalam satu bulan.
Sumber data	catatan penggunaan ambulans/mobil jenazah.
Standar	≤ 30 menit
Penanggungjawab	Penanggung jawab ambulans

6. Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan Atau Kematian

Judul	Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan Atau Kematian
Dimensi mutu	keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan ambulans/kereta jenazah yang aman.
Definisi operasional	Kecelakaan ambulans/mobil jenazah adalah kecelakaan akibat penggunaan ambulans/mobil

	jenazah di jalan raya yang berakibat kecacatan dan/atau kematian bagi penumpang dan/atau masyarakat.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah seluruh pelayanan ambulans dikurangi jumlah kejadian kecelakaan pelayanan ambulans yang berakibat kematian/kecacatan dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan ambulans dalam satu bulan.
Sumber data	Bidang Umum
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala Bidang Umum

7. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan ambulans/mobil jenazah.
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan ambulans/mobil jenazah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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 %
Penanggungjawab	Panitia Mutu

XIII. PERAWATAN JENAZAH

1. Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah

Judul	Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan perawatan jenazah 24 Jam di Rumah Sakit.
Definisi operasional	Perawatan jenazah adalah perawatan terhadap jenazah sesuai dengan adat dan agama sesuai permintaan keluarga.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Ketersediaan perawatan jenazah 24 jam.
Denominator	1
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	Tersedia 24 jam
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Kamar Jenazah

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Kamar Jenazah
Dimensi mutu	Akses, efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan kamar jenazah.
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan kamar jenazah adalah ruang, perlengkapan dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan kamar jenazah sesuai dengan kelas rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, perlengkapan, dan peralatan pelayanan kamar jenazah.
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Kamar Jenazah.

Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit.
Penanggungjawab b	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah.

3. Ketersediaan Tenaga Di Instalasi Perawatan Jenazah

Judul	Ketersediaan Tenaga Di Instalasi Perawatan Jenazah
Dimensi mutu	Akses, Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan perawatan jenazah.
Definisi operasional	Tenaga pelayanan perawatan jenazah adalah tenaga yang ditunjuk melalui SK direktur untuk memberikan pelayanan perawatan jenazah.
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah tenaga pemberi pelayanan perawatan jenazah.
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Perawatan Jenazah
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan kebutuhan dan ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggungjawab b	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

4. Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas tidak lebih dari 2 jam.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total jenazah yang dirawat tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Total jenazah yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

5. Perawatan Jenazah Sesuai Universal Precaution

Judul	Perawatan Jenazah Sesuai Universal Precaution
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan perawatan jenazah yang aman.
Definisi operasional	Universal Precaution adalah kewaspadaan terhadap penyakit HIV/AIDS dengan menggunakan standar Alat Pelindung Diri (APD).
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Seluruh perawatan jenazah dikurangi perawatan jenazah yang tidak sesuai dengan universal precaution.
Denominator	Seluruh perawatan jenazah
Sumber data	Instalasi Perawatan Jenazah
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

6. Tidak Terjadinya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah

Judul	Tidak Terjadinya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi

	perawatan jenazah terhadap identitas pasien.
Definisi operasional	kejadian salah identifikasi adalah kejadian tertukarnya identifikasi jenazah di kamar jenazah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah jenazah yang dirawat di kamar jenazah dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah jenazah yang salah identifikasi.
Denominator	jumlah jenazah yang dirawat di kamar jenazah dalam waktu satu bulan.
Sumber data	Register Instalasi Perawatan Jenazah.
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala instalasi Perawatan Jenazah

7. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan perawatan jenazah.
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan perawatan jenazah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari keluarga yang disurvei (dalam persen).
Denominator	Jumlah total keluarga yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Panitia Mutu

XIV. Pelayanan Laundry

1. Ketersediaan Pelayanan Laundry

Judul	Ketersediaan Pelayanan Laundry
Dimensi mutu	Akses, kenyamanan
Tujuan	Tersedianya linen bersih untuk pelayanan di Rumah Sakit
Definisi operasional	Pelayanan laundry adalah pelayanan pencucian, penyiapan, dan penyediaan linen bersih di rumah sakit baik dilakukan oleh rumah sakit atau dipihakketigakan.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Pelayanan laundry di rumah sakit.
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Laundry
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

2. Adanya Penanggung Jawab Pelayanan Laundry

Judul	Adanya Penanggung Jawab Pelayanan Laundry
Dimensi mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektivitas
Tujuan	Adanya kejelasan penanggung jawab penyediaan linen di rumah sakit.
Definisi operasional	Penanggung jawab Pelayanan Laundry adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan dan penyediaan linen di rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pelayanan Laundry.
Denominator	1

Sumber data	Instalasi Laundry
Standar	Ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

3. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry

Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan Laundry.
Definisi operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan laundry adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laundry sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan laundry
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Laundry
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

4. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan

Judul	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan
Dimensi mutu	Efisiensi dan Efektivitas
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	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

5. Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius

Judul	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius
Dimensi mutu	Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	Terkendalnya infeksi di rumah sakit akibat linen infeksius.
Definisi operasional	Linen infeksius adalah linen yang dicurigai terkontaminasi cairan tubuh dan berpotensi menularkan penyakit menular.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah Pengamatan proses pengelolaan linen infeksius yang dilakukan benar.
Denominator	Jumlah seluruh pengamatan proses pengelolaan linen infeksius.
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Laundry

6. Ketersediaan Linen

Judul	Ketersediaan Linen
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan instalasi laundry dalam mencukupi kebutuhan linen di rumah sakit.
Definisi operasional	Ketersediaan Linen adalah tersedianya linen yang terdiri dari spre, sarung bantal, selimut, sticklaken dan perlak dalam jumlah cukup.

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang tersedia.
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur yang ada di rumah sakit.
Sumber data	Inventaris Instalasi Laundry
Standar	2,5 – 3 set untuk tiap tempat tidur
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

7. Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi

Judul	Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan instalasi laundry dalam mencukupi kebutuhan linen steril di rumah sakit.
Definisi operasional	Linen steril adalah linen yang bebas kuman yang disediakan untuk keperluan tindakan operatif.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen steril yang dapat disediakan untuk kamar operasi.
Denominator	Jumlah permintaan atau kebutuhan linen steril untuk kamar operasi.
Sumber data	Instalasi laundry
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

XV. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah sakit

1. Adanya Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Judul	Adanya Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Dimensi mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektivitas
Tujuan	Terpeliharanya sarana dan prasarana rumah sakit
Definisi operasional	Penanggung jawab Pemeliharaan Sarana adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan	Tiga bulan sekali

data	
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Survey
Standar	Ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

2. Ketersediaan Bengkel Kerja

Judul	Ketersediaan Bengkel Kerja
Dimensi mutu	Efektivitas, Efisiensi
Tujuan	Terpeliharanya sarana, prasarana, mesin dan peralatan di rumah sakit.
Definisi operasional	Bengkel Kerja adalah Tempat untuk melakukan pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana, mesin, dan peralatan yang ada di rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Adanya bengkel kerja
Denominator	1
Sumber data	Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	Tersedia sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

3. Waktu Tanggap Kerusakan Alat

Judul	Waktu Tanggap Kerusakan Alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam.
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak

	lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

4. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan 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 laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan.
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

5. Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat

Judul	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis.
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh Lembaga Kalibrasi yang sah.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Waktu Pelaksanaan kalibrasi alat yang sesuai rencana dalam 1 tahun.
Denominator	Rencana waktu pelaksanaan kalibrasi alat.
Sumber data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi.
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

6. Alat Ukur Dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu

Judul	Alat Ukur Dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis.
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh Lembaga Kalibrasi yang sah.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat ukur dan alat lab yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun.
Denominator	jumlah alat ukur dan alat lab yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun.
Sumber data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi

Standar	100 %
Penanggungjawab	Kepala instalasi Laboratorium

XVI. PENCEGAHAN/PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tersedianya Anggota Tim PPI Yang Terlatih

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti 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%
Penanggungjawab	Ketua Komite PPI

2. Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) Di Setiap Instalasi/Departemen

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindunginya pasien, pengunjung dan petugas dari infeksi
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	Tiap minggu
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah seluruh unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD
Sumber data	Survey
Standar	≥ 75%
Penanggungjawab	Ketua Tim PPI

3. Rencana Program PPI

Judul	Rencana Program PPI
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di rumah sakit
Definisi operasional	Rencana program PPI adalah rencana tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di rumah sakit selama satu tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tahun
Periode analisis	Tiap tahun
Numerator	Rencana program PPI
Denominator	1
Sumber data	Tim PPI
Standar	Ada
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

4. Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana

Judul	Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di rumah sakit
Definisi operasional	Pelaksanaan program PPI adalah pelaksanaan tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang dilaksanakan di rumah sakit selama satu tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah kegiatan PPI yang dilaksanakan selama enam bulan sesuai rencana
Denominator	Seluruh kegiatan PPI yang direncanakan selama kurun waktu enam bulan
Sumber data	Tim PPI
Standar	100%
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

5. Penggunaan APD Saat Melaksanakan Tugas

Judul	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindungnya pasien dan petugas dari penularan penyakit infeksi maupun bahan berbahaya

Definisi operasional	Alat Pelindung Diri adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 1 bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah karyawan yang diamati yang tertib menggunakan APD sebagaimana dipersyaratkan
Denominator	Seluruh karyawan yang diamati
Sumber data	Survei observasi
Standar	100%
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

6. Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah sakit

Judul	Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah sakit
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlaksananya pemantauan infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (check list) pada instalasi yang ada di rumah sakit, minimal satu parameter dari ILO< ILI< VAP< ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Tiap hari
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial
Denominator	Jumlah instalasi yang ada
Sumber data	Survei
Standar	≥ 75 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

XXII. Pelayanan Keamanan

1. Petugas Keamanan bersertifikat Pengamanan

Judul	Petugas keamanan bersertifikat Pengamanan
Dimensi mutu	Keamanan, kompetensi teknis dan kenyamanan
Tujuan	Terlaksananya suasana rasa aman bagi pasien dan

	keluarganya
Definisi operasional	Petugas Keamanan bersertifikat Pengamanan adalah petugas keamanan yang telah mendapat pelatihan pengamanan dari Kepolisian sesuai dengan standar pengamanan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah petugas keamanan yang memiliki sertifikat pengamanan
Denominator	Jumlah seluruh petugas keamanan
Sumber data	Personalia
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian umum

2. Sistem Pengamanan

Judul	Sistem pengamanan
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan keamanan
Tujuan	Terciptanya sistem pengamanan di rumah sakit khususnya pengamanan bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan
Definisi operasional	Sistem pengamanan adalah kebijakan direktur rumah sakit yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan keamanan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Adanya kebijakan direktur rumah sakit yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan keamanan
Denominator	1
Sumber data	Bagian Umum
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian umum

3. Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling RS

Judul	Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling RS
Dimensi mutu	Keamanan, kesinambungan pelayanan keamanan
Tujuan	Terciptanya rasa aman bagi pasien dan keluarganya serta pengunjung dan petugas rumah sakit

Definisi operasional	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS adalah kegiatan mengelilingi fasilitas RS setiap jam dalam rangka kewaspadaan terhadap kondisi keamanan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
Periode analisis	2 bulan sekali
Numerator	Jumlah hari yang disampling yang memenuhi kriteria definisi operasional (minimal 40)
Denominator	Jumlah hari yang disampling
Sumber data	Laporan Petugas Keamanan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian umum

4. Evaluasi terhadap sistem pengamanan

Judul	Evaluasi terhadap sistem pengamanan
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya sistem pengamanan yang efektif dan berkesinambungan
Definisi operasional	Evaluasi terhadap system pengamanan adalah proses penilaian yang dilakukan terhadap system pengamanan yang telah ditetapkan dan dilakukan perbaikan apabila ditemukan kekurangan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah bulan yang diadakan evaluasi dan tindak lanjut
Denominator	3 bulan
Sumber data	Pencatatan di Bagian umum
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian umum

5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang

Judul	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang
Dimensi mutu	Keamanan dan kenyamanan
Tujuan	Terciptanya rasa aman dan rasa nyaman bagi pasien, pengunjung dan karyawan rumah sakit

Definisi operasional	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung dan karyawan rumah sakit yang hilang adalah semua barang milik pasien, pengunjung dan karyawan tetap terjaga dan tidak hilang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah hari yang disurvei dikurang dengan jumlah hari adanya kehilangan barang milik pasien/pengunjung/ karyawan
Denominator	Jumlah hari yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggungjawab	Bagian umum

6. Kepuasan Pasien terhadap pelayanan keamanan

Judul	Kepuasan pasien terhadap pelayanan keamanan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan keamanan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keamanan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien/ keluarga yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total keluarga yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 %
Penanggungjawab	Bagian umum

BAB III

RENCANA PENCAPAIAN SPM

A. RENCANA PENCAPAIAN INDIKATOR SPM

Jadwal rencana pencapaian indikator SPM dibuat berdasarkan dokumen Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Lubuklinggau untuk mencapai target sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019.

No	Indikator Capaian	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	Pelayanan Gawat Darurat	-	-	96.8%	100%	100%	
2	Pelayanan Rawat Jalan	-	-	96%	97%	98%	
3	Pelayanan Rawat Inap	-	-	97%	98%	99%	
4	Pelayanan Bedah Sentral	-	-	99%	100%	100%	
5	Pelayanan Persalinan dan Perinatologi	-	-	90%	95%	97%	
6	Pelayanan Intensif	-	-	77%	80%	95%	
7	Pelayanan Radiologi	-	-	77%	85%	95%	
8	Pelayanan Patologi Klinik	-	-	100%	100%	100%	
9	Pelayanan Rehab Medik	-	-	80%	90%	100%	
10	Pelayanan Farmasi	-	-	85%	90%	95%	
11	Pelayanan Gizi	-	-	75%	80%	90%	
12	Pelayanan Transfusi Darah	-	-	80%	95%	100%	
13	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	-	-	100%	100%	100%	
14	Pelayanan	-	-	90%	95%	100%	

	Rekam Medik						
15	Pengelolaan Limbah	-	-	100%	100%	100%	
16	Administrasi dan Manajemen	-	-	100%	100%	100%	
17	Pelayanan Ambulan dan Mobil Jenazah	-	-	100%	100%	100%	
18	Perawatan Jenazah	-	-	82%	85%	>85%	
19	Pelayanan Laundry	-	-	100%	100%	100%	
20	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	-	-	82%	85%	>85%	
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	-	-	80%	85%	> 90%	
22	Pelayanan Keamanan	-	-	70%	75%	> 80%	

Tabel 2. Rencana Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kota Lubuklinggau

BAB IV

SISTEM AKUNTABILITAS KINERJA

Secara umum, akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban suatu organisasi mempertanggungjawabkan keberhasilan atau kegagalan organisasi dalam mencapai tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran yang telah ditetapkan. Akuntabilitas keberhasilan dan atau kegagalan dihasilkan dari adanya system akuntabilitas kinerja yang meliputi penyusunan rencana strategis, rencana kinerja, penetapan kinerja, pelaksanaan kinerja dan pengukuran kinerja serta pelaporan hasil kinerja yang merupakan pertanggung jawaban kinerja. Pihak-pihak terkait perlu melakukan monitoring terhadap pelaksanaan dan capaian kinerja yang telah ditetapkan. SPM merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari system akuntabilitas suatu RSUD PETANANG, yaitu sebagai dasar dalam penyusunan perencanaan RSUD PETANANG. Pelaksanaan penyusunan Sistem Akuntabilitas Kinerja Pencapaian SPM

1.1. Pengintegrasian rencana pencapaian SPM kedalam dokumen perencanaan RSUD PETANANG (RSB dan RBA)

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUD Petanang dibuat untuk jangka 5 (lima) tahunan dan diselaraskan dengan RPJMD Kota. Sedangkan RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang merupakan penjabaran RSB berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran RSUD PETANANG. SPM digunakan sebagai acuan kerangka pembiayaan dalam RSB khususnya dalam rangka penyediaan sumber daya dalam rangka pencapaian indicator kinerja output maupun mutu yang telah ditetapkan selama kurun waktu 5 (lima) tahun.

1.2. Monitoring dan pengawasan pelaksanaan SPM.

Kepala Daerah/ Walikota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM RSUD PETANANG di daerah masing-masing, pemerintah

daerah sangat berperan dalam pelaksanaan monitoring dan pengawasan pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal. Secara operasional penyelenggaraan pelayanan RSUD Kelas D Pratama sesuai SPM tersebut dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kota. Selain itu manajemen RSUD PETANANG secara periodik (tahunan) membuat Laporan Pencapaian Kinerja Pelayanan RSUD Kelas D Pratama sesuai SPM yang ditetapkan, dan disampaikan ke Kota melalui Dinas Kesehatan, sebagai bahan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan penyelenggaraan RSUD PETANANG, serta informasi/bahan pencapaian kinerja urusan kesehatan yang dilaksanakan RSUD Kelas D Pratama. Berdasarkan Laporan Pencapaian Kinerja Pelayanan (pelaksanaan SPM) RSUD PETANANG, pemerintah daerah dapat melakukan evaluasi kinerja RSUD PETANANG dengan meminta bantuan instansi yang independen. Dari hasil evaluasi dapat diketahui keberhasilan dan kegagalan RSUD PETANANG dalam melaksanakan SPM yang telah ditetapkan, beserta yang dihadapi, Dengan demikian, pemerintah daerah dapat segera mengambil langkah-langkah pembinaan serta menyediakan fasilitas dan sumberdaya yang diperlukan.

1.3. Pengukuran capaian kinerja dan evaluasi kinerja.

Pengukuran capaian kinerja dilakukan dengan membandingkan antara target indikator yang ditetapkan dengan capaiannya (realisasi) dan atau dengan membandingkan dengan capaian tahun sebelumnya. Rumusan dalam rangka pengukuran kinerja dilakukan sesuai dengan rumus/ definisi operasional (DO) indicator kinerja pelayanan berdasarkan indicator standar pelayanan minimal. Dalam rangka pengukuran kinerja pelayanan berdasarkan indikator SPM, perlu dikembangkan Sistem Informasi dan Prosedur yang dapat mendukung pengelolaan data kinerja yang memadai. Dinas Kesehatan memfasilitasi upaya periodik dalam pengumpulan data melalui kegiatan pendataan, pembinaan, dan monitoring bulanan, semesteran, dan tahunan. No Uraian RSUD Dinas Kesehatan Pemda

1 Kinerja Bulanan

- Volume Layanan X X -
- Laporan Kegiatan Pelayanan X X -

2 Kinerja Semesteran

- Volume Layanan X X -
- Laporan Kegiatan Pelayanan X X -

3 Kinerja Tahunan

- Penilaian Kinerja RSUD X X X
(PKRS)
- Laporan Pencapaian SPM X X X

4 Monitoring & Tindak Lanjut

- Bulanan X - -
- Semesteran X X -
- Tahunan X X X
- Insidental - X X

(Dinkes & Inspektorat)

BAB V
PENUTUP

Dalam rangka perbaikan kinerja, membutuhkan koordinasi dan sinergi berbagai pihak yang terkait dengan pelaksanaan tugas-tugas pelayanan RSUD Kelas D Pratama dalam bentuk:

1. Partisipasi dari pengambil kebijakan publik yaitu DPRD dan Eksekutif untuk menilai secara transparan kinerja RSUD PETANANG dan memberikan dukungan sepenuhnya untuk peningkatan kinerja sesuai tolok ukur SPM khususnya dalam penyediaan sumber daya pelayanan untuk mencapai mutu yang diharapkan.
2. Koordinasi dan sinkronisasi program dan kegiatan dari masing-masing unit pelayanan RSUD PETANANG dengan menekankan pelaksanaan kegiatan yang berorientasi hasil berbasis standar mutu pelayanan. Standar Mutu Pelayanan dijadikan target tetap alokasi anggaran pada masing masing unit pelayanan.

R Pj. WALI KOTA LUBUK LINGGAU, A


S. KOIMUDIN