

**GUBERNUR RIAU**PERATURAN GUBERNUR RIAU  
NOMOR 8 TAHUN 2025TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT JiWA TAMPAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

GUBERNUR RIAU,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Tampam;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. 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 diubah beberapa kali 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 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2022 tentang Provinsi Riau (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 162, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6808);
5. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

6. 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 Republik Indonesia Nomor 74 tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumaha-sakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
9. 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 2019 Nomor 157);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
12. Peraturan Daerah Provinsi Riau Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Provinsi Riau (Lembaran Daerah Provinsi Riau Tahun 2016 Nomor 4) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Peraturan Daerah Provinsi Riau Nomor 5 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Provinsi Riau (Lembaran Daerah Provinsi Riau Tahun 2024 Nomor 5, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Riau Nomor 5);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT JIWA TAMPAN.

# BAB I KETENTUAN UMUM

## Bagian Kesatu Pengertian

### Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Provinsi Riau.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Provinsi Riau.
3. Gubernur adalah Gubernur Riau.
4. Dinas adalah Dinas Kesehatan Provinsi Riau.
5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Riau.
6. Rumah Sakit Jiwa Tampan yang selanjutnya disebut RS Jiwa Tampan adalah Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau.
7. Direktur adalah Direktur RS Jiwa Tampan Provinsi Riau.
8. Pelayanan Rumah Sakit adalah Pelayanan yang diberikan oleh RS Jiwa Tampan kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medik, pelayanan penunjang non medik, dan pelayanan administrasi manajemen.
9. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RS Jiwa Tampan kepada masyarakat.
10. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh rumah sakit dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
11. Indikator Kinerja adalah variable yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan/status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
12. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
13. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksud untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
14. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
15. Pengawas internal adalah satuan kerja fungsional dari lingkup internal rumah sakit dan bertanggung jawab kepada Direktur, bertugas untuk melakukan pengawasan dan pengendalian kegiatan dirumah sakit agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

16. Pengawas eksternal adalah satuan kerja fungsional yang berasal dari lingkup eksternal rumah sakit dan bertanggung jawab kepada Gubernur, bertugas untuk melakukan pengawasan dan pengendalian kegiatan dirumah sakit agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Bagian Kedua  
Maksud dan Tujuan

Pasal 2

- (1) Peraturan Gubernur ini dimaksudkan untuk menyamakan persepsi dan pemahaman para pembuat kebijakan dan pemberi pelayanan kesehatan pada RS Jiwa Tampan tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target/capaian waktu, serta cara perhitungan pencapaian kinerja dan sumber data.
- (2) Peraturan Gubernur ini bertujuan sebagai pedoman bagi RS Jiwa Tampan dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM.

BAB II  
JENIS PELAYANAN

Pasal 3

- (1) RS Jiwa Tampan mempunyai tugas pokok melaksanakan pelayanan kesehatan secara berkelanjutan dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya pemulihan kesehatan dan pencegahan penyakit.
- (2) RS Jiwa Tampan melaksanakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan berdasarkan SPM.
- (3) Jenis pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), meliputi:
  - a. Pelayanan gawat darurat, yaitu pelayanan yang dibutuhkan dalam waktu segera (*immediately*) untuk menyelamatkan kehidupan (*live saving*);
  - b. Pelayanan rawat inap jiwa, yaitu pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis dengan menempati tempat tidur di ruang rawat inap;
  - c. Pelayanan rawat inap NAPZA, yaitu pelayanan kepada pasien korban penyalahgunaan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (NAPZA) yang terdiri atas Rawat Inap Detoksifikasi dan Pelayanan Rehabilitasi NAPZA;
  - d. Pelayanan rawat jalan, yaitu pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal dirawat inap;

- e. Pelayanan rehabilitasi medik, yaitu pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh keadaan/kondisi sakit, penyakit atau cedera melalui paduan intervensi medik, keterampilan fisik dan atau rehabilitative untuk mencapai kemampuan fungsi yang optimal;
- f. transfusi darah yaitu prosedur untuk menyalurkan darah kepada orang yang membutuhkannya, misalnya yang mengalami perdarahan hebat atau menderita kurang darah (anemia). Komponen darah yang diberikan bisa seluruhnya atau sebagian;
- g. Pelayanan laboratorium patologi klinik, yaitu pelayanan diagnostik klinis yang mengaplikasikan teknik pemeriksaan laboratorium yang melibatkan tenaga ahli patologi klinik untuk mendukung penegakan diagnosa penyakit dan manajemen pengobatan pasien;
- h. Pelayanan rekam medis, yaitu pelayanan berupa pemberian bukti tertulis dan atau elektronik sebagai aspek legal pertanggungjawaban tentang proses pelayanan kesehatan pasien yang diberikan oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya;
- i. Pelayanan GAKIN merupakan Pelayanan terhadap pasien Keluarga Miskin dan Tidak mampu yang datang ke RS Jiwa Tampan pada setiap unit pelayanan;
- j. Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) yaitu kegiatan yang dilakukan untuk meminimalkan resiko terjadinya infeksi di rumah sakit yang meliputi; perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi;
- k. Pelayanan laundry, yaitu pelayanan yang menyelenggarakan pengelolaan dan pengendalian pemakaian linen dirumah sakit;
- l. Pelayanan gizi, yaitu pelayanan asupan diet yang dilakukan secara berkesinambungan mulai dari perencanaan diet hingga evaluasi diet pasien;
- m. Pelayanan farmasi, yaitu pelayanan kefarmasian berupa penyediaan dan pengelolaan obat, bahan obat, alat kesehatan, reagen, radio farmasi dan gas medis yang dipimpin oleh seorang apoteker;
- n. Pelayanan Sterilisasi, yaitu pelayanan sterilisasi yang sesuai standar dan memenuhi kebutuhan barang steril dirumah sakit;
- o. administrasi manajemen, yaitu proses kegiatan organisasi yang dapat diprediksi yang diikuti dengan pengaturan sumber daya yang ada dirumah sakit guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan dan pembiayaan kesehatan secara efektif, efisien, dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan;

- p. Pelayanan ambulans, yaitu pelayanan mobilisasi terhadap kegawat daruratan termasuk evakuasi medik dan atau pelayanan rujukan pasien dari tempat tinggal pasien kerumah sakit dan/atau pelayanan rujukan pasien dari rumah sakit kerumah sakit yang lebih mampu;
  - q. promosi kesehatan rumah sakit dan kesehatan jiwa berbasis masyarakat (PKRS dan Keswamas), yaitu proses memberdayakan pasien, keluarga pasien, sumber daya manusia, pengunjung dan masyarakat sekitar RS Jiwa Tampan untuk berperan aktif serta dalam proses asuhan untuk mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan menuju derajat kesehatan yang optimal;
  - r. Pelayanan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit, yaitu pelayanan yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan pemeliharaan dan perbaikan peralatan dirumah sakit;
  - s. sistem informasi manajemen Rumah Sakit adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan;
  - t. pengelolaan limbah, yaitu bagian dari kegiatan penyehatan lingkungan dirumah sakit yang bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya pencemaran lingkungan yang bersumber dari limbah rumah sakit;
  - u. Pelayanan Radiologi, yaitu pelayanan yang dilakukan untuk melihat bagian dalam tubuh manusia dengan menggunakan pancaran atau radiasi gelombang baik menggunakan gelombang elektromagnetik maupun gelombang mekanik; dan
  - v. Pelayanan rehabilitasi psikososial, yaitu pelayanan yang diberikan kepada pasien jiwa dalam upaya pemulihan kesehatan mental dan peningkatan keterampilan hidup agar orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) mampu melakukan aktifitas hidup sehari-hari serta upaya proses integrasi sosial, peran sosial yang aktif dan peningkatan kualitas hidup pasien;
- (4) Direktur bertanggungjawab dalam menyelenggarakan pelayanan sesuai SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (3).

#### Pasal 4

- (1) SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (2) disusun dengan sistematika sebagai berikut :

- a. dasar hukum;
  - b. persyaratan;
  - c. sistem, mekanisme, dan prosedur;
  - d. waktu penyelesaian;
  - e. biaya/tarif;
  - f. produk layanan;
  - g. sarana dan prasarana dan atau fasilitas lainnya;
  - h. kompetensi pelaksana;
  - i. pengawas internal;
  - j. penanganan pengaduan, saran dan masukan;
  - k. jumlah pelaksana;
  - l. jaminan pelayanan;
  - m. jaminan keselamatan dan keamanan pelayanan; dan
  - n. evaluasi kinerja pelaksana.
- (2) SPM penyelenggaraan pelayanan RS Jiwa Tampan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

#### Pasal 5

- (1) Pemerintah Daerah menyediakan sumber daya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM.
- (2) Sumber daya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
  - a. sumber daya manusia;
  - b. pembiayaan;
  - c. sarana dan prasarana;
  - d. pengembangan potensi;
  - e. kemampuan; dan
  - f. prioritas daerah.

### BAB III EVALUASI DAN PELAPORAN

#### Pasal 6

- (1) Direktur melaksanakan evaluasi terhadap pencapaian SPM secara berkelanjutan.
- (2) Evaluasi pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan oleh Kepala Dinas kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.

#### Pasal 7

- (1) Direktur menyusun Laporan Penerapan dan Pencapaian SPM setiap tahun.
- (2) Laporan Penerapan dan Pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada Gubernur paling lambat 3 (tiga) bulan setelah berakhirnya tahun berkenaan/berjalan.

### BAB IV PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

#### Bagian Kesatu Pembinaan

#### Pasal 8

- (1) Gubernur melalui Sekretaris Daerah dan dikoordinasikan secara teknis oleh Dinas untuk melakukan Pembinaan Terhadap RS Jiwa Tampan.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan SPM.

#### Bagian Kedua Pengawasan Internal

#### Pasal 9

- (1) Pengawasan pelaksanaan SPM dilakukan oleh Pengawas Internal dan Dewan Pengawas RS Jiwa Tampan.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur.
- (3) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) bersama-sama Direktur untuk menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (4) Pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) bertujuan untuk membantu Direktur dalam hal tercapainya Prestasi kerja atau target kinerja agar sesuai dengan SPM.

#### Bagian Ketiga Pengawasan Eksternal

#### Pasal 10

- (1) Pengawasan Eksternal terhadap pelaksanaan SPM RS Jiwa Tampan dilakukan Aparat Pengawasan Intern Pemerintah dan Pengawas lainnya sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pengawasan eksternal sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk mengawasi dan membantu pengendalian pelayanan sesuai SPM.

BAB V  
PENDANAAN

Pasal 11

Pendanaan SPM RS Jiwa Tampan bersumber dari:

- a. anggaran pendapatan dan belanja daerah; dan/atau
- b. sumber lain yang sah dan tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB VI  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Pada saat Peraturan Gubernur ini berlaku, Peraturan Gubernur Nomor 36 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau (Berita Daerah Provinsi Riau Tahun 2019 Nomor 36) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 13

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Riau.

Ditetapkan di Pekanbaru  
pada tanggal 20 Januari 2025

Pi. GUBERNUR RIAU.

ttd.

RAHMAN HADI

Diundangkan di Pekanbaru  
pada tanggal 20 Januari 2025

Pj. SEKRETARIS DAERAH PROVINSI RIAU,

ttd.

MUHAMMAD TAUFIQ OESMAN HAMID

BERITA DAERAH PROVINSI RIAU TAHUN 2025 NOMOR: 8

Salinan Sesuai Dengan Aslinya  
KEPALA BIRO HUKUM,  
  
YAN DHARMADI, SH. MH.  
Pembina (IV/a)  
NIP. 19840326 200903 1 003



LAMPIRAN  
PERATURAN GUBERNUR RIAU  
NOMOR 8 TAHUN 2025  
TENTANG STANDAR PELAYANAN  
MINIMAL RUMAH SAKIT JiWA  
TAMPAN

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)  
RUMAH SAKIT JiWA TAMPAN**

**A. DASAR HUKUM**

Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh RS Jiwa Tampar kepada masyarakat.

Dasar hukum yang melandasi penyusunan SPM ini adalah:

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
2. Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2022 tentang Provinsi Riau (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 162, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6808);
3. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
7. Peraturan Gubernur Riau Nomor 53 Tahun 2023 tentang Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Perangkat Daerah (Berita Daerah Provinsi Riau Tahun 2023 Nomor 53).

**B. PERSYARATAN**

Penyusunan SPM Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:

1. Konsensus  
Berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan, bidang serta bagian terkait.
2. Sederhana  
SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami.
3. Nyata  
SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis.

4. Terukur  
Seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif ataupun kuantitatif.
5. Terbuka  
SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat.
6. Terjangkau  
SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia.
7. Akuntabel  
SPM dapat dipertanggungjawabkan kepada publik.
8. Bertahap  
SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

### **C. SISTEM, MEKANISME DAN PROSEDUR**

Untuk memudahkan pemahaman, maka SPM Rumah Sakit Jiwa Tampan diuraikan berdasarkan struktur sebagai berikut:

1. Dimensi Mutu  
Suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar.
2. Tujuan  
Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan.
3. Definisi Operasional  
Dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator yang telah ditetapkan.
4. Frekuensi Pengumpulan Data  
Merupakan frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
5. Periode Analisa  
Adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
6. Numerator  
Adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
7. Denominator  
Adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
8. Sumber Data  
Adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
9. Standar  
Adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
10. Penanggung Jawab Pengumpulan data  
Adalah individu yang bertanggung jawab untuk mengumpulkan data indikator.

#### **D. WAKTU PENYELESAIAN**

Merupakan jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan. Waktu penyelesaian terhadap pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau bervariasi berdasarkan jenis pelayanan yang didapatkan oleh pengguna layanan sesuai dengan standar operasional prosedur dari setiap layanan.

#### **E. BIAYA/TARIF**

Pelayanan Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau menerapkan tarif sebagai berikut:

1. Bagi pasien umum sesuai dengan Peraturan Gubernur Riau tentang Tarif Pelayanan Kesehatan pada Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau.
2. Bagi pasien BPJS/JKN pasien tidak dipungut biaya namun biaya dibebankan kepada BPJS.
3. Bagi pasien Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) pasien tidak dipungut biaya namun biaya dibebankan sesuai mekanisme pembiayaan JAMKESDA.
4. Bagi pasien fakir miskin/gelandangan/orang terlantar yang tidak mempunyai jaminan kesehatan, pembiayaan dapat melalui lembaga lain yang diatur lebih lanjut melalui kesepakatan dengan Rumah Sakit Jiwa Tampan.

#### **F. PRODUK LAYANAN**

Produk layanan Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau meliputi:

1. Pelayanan gawat darurat, yaitu pelayanan yang dibutuhkan dalam waktu segera (*immediately*) untuk menyelamatkan kehidupan (*live saving*).
2. Pelayanan rawat inap jiwa, yaitu pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis dengan menempati tempat tidur di ruang rawat inap.
3. Pelayanan rawat inap NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Adiktif lainnya), yaitu pelayanan kepada pasien korban penyalahgunaan NAPZA yang terdiri atas Rawat Inap Detoksifikasi dan Pelayanan Rehabilitasi NAPZA.
4. Pelayanan rawat jalan, yaitu pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal dirawat inap.
5. Pelayanan rehabilitasi medik, yaitu pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh keadaan/kondisi sakit, penyakit atau cedera melalui paduan intervensi medik, keterampilan fisik dan atau rehabilitative untuk mencapai kemampuan fungsi yang optimal.
6. Transfusi darah adalah prosedur untuk menyalurkan darah kepada orang yang membutuhkannya, misalnya yang mengalami perdarahan hebat atau menderita kurang darah (anemia). Komponen darah yang diberikan bisa seluruhnya atau sebagian.
7. Pelayanan laboratorium patologi klinik, yaitu pelayanan diagnostik klinis yang mengaplikasikan teknik pemeriksaan laboratorium yang melibatkan tenaga ahli patologi klinik untuk mendukung penegakan diagnosa penyakit dan manajemen pengobatan pasien.

8. Pelayanan rekam medis, yaitu pelayanan berupa pemberian bukti tertulis dan atau elektronik sebagai aspek legal pertanggungjawaban tentang proses pelayanan kesehatan pasien yang diberikan oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya.
9. Pelayanan GAKIN adalah Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin dan tidak mampu yang datang ke Rumah Sakit Jiwa Tampan pada setiap unit pelayanan.
10. Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) yaitu kegiatan yang dilakukan untuk meminimalkan resiko terjadinya infeksi dirumah sakit yang meliputi; perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi.
11. Pelayanan laundry, yaitu pelayanan yang menyelenggarakan pengelolaan dan pengendalian pemakaian linen dirumah sakit.
12. Pelayanan gizi, yaitu pelayanan asupan diet yang dilakukan secara berkesinambungan mulai dari perencanaan diet hingga evaluasi diet pasien.
13. Pelayanan farmasi, yaitu pelayanan kefarmasian berupa penyediaan dan pengelolaan obat, bahan obat, alat kesehatan, reagen, radio farmasi dan gas medis yang dipimpin oleh seorang apoteker.
14. Pelayanan sterilisasi, yaitu pelayanan sterilisasi yang sesuai standar dan memenuhi kebutuhan barang steril dirumah sakit.
15. Administrasi manajemen, yaitu proses kegiatan organisasi yang dapat diprediksi yang diikuti dengan pengaturan sumber daya yang ada dirumah sakit guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan dan pembiayaan kesehatan secara efektif, efisien, dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.
16. Pelayanan ambulans, yaitu pelayanan mobilisasi terhadap kegawat daruratan termasuk evakuasi medik dan atau pelayanan rujukan pasien dari tempat tinggal pasien kerumah sakit dan/atau pelayanan rujukan pasien dari rumah sakit kerumah sakit yang lebih mampu.
17. Promosi kesehatan rumah sakit dan kesehatan jiwa berbasis masyarakat (PKRS dan Keswamas), yaitu proses memberdayakan pasien, keluarga pasien, sumber daya manusia, pengunjung dan masyarakat sekitar Rumah Sakit Jiwa Tampan untuk berperan aktif serta dalam proses asuhan untuk mendukung perubahan perilaku dan lingkungan serta menjaga dan meningkatkan kesehatan menuju derajat kesehatan yang optimal.
18. Pelayanan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit, yaitu pelayanan yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan pemeliharaan dan perbaikan peralatan dirumah sakit.
19. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan rumah sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari sistem informasi kesehatan.

20. Pengelolaan limbah, yaitu bagian dari kegiatan penyehatan lingkungan di rumah sakit yang bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya pencemaran lingkungan yang bersumber dari limbah rumah sakit.
21. Pelayanan radiologi, yaitu pelayanan yang dilakukan untuk melihat bagian dalam tubuh manusia dengan menggunakan pancaran atau radiasi gelombang baik menggunakan gelombang elektromagnetik maupun gelombang mekanik.
22. Pelayanan rehabilitasi psikososial, yaitu pelayanan yang diberikan kepada pasien jiwa dalam upaya pemulihan kesehatan mental dan peningkatan keterampilan hidup agar orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) mampu melakukan aktifitas hidup sehari-hari serta upaya proses integrasi sosial, peran sosial yang aktif dan peningkatan kualitas hidup pasien.
23. Pengembangan layanan lain yang diatur lebih lanjut melalui keputusan direktur dan atau peraturan perundang-undangan yang berlaku.

#### **G. SARANA DAN PRASARANA**

Rumah Sakit Jiwa Tampan berdiri diatas lahan seluas 110.016 m<sup>2</sup> yang terdiri dari gedung IGD terpadu, gedung poli pelayanan rawat jalan, gedung rawat inap, rehabilitasi psikososial, gedung UPIP dan gedung NAPZA. Selain itu Rumah Sakit Jiwa Tampan juga memiliki prasarana lain meliputi fasilitas penunjang yang terdiri dari manajemen rumah sakit, laboratorium, pelayanan radiologi, farmasi, instalasi gizi, instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit, laundry, gudang persediaan barang inventaris, musholla, pengolahan limbah dan lahan parkir Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau. Pemenuhan sarana dan prasarana lain akan disesuaikan dengan kebijakan pengembangan layanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

#### **H. KOMPETENSI PELAKSANA**

Untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga medis dan tenaga kesehatan maka setiap tenaga medis dan tenaga kesehatan harus mempunyai kompetensi sesuai dengan standar kompetensi setiap profesi dan mempunyai surat izin untuk memberikan pelayanan.

#### **I. PENGAWAS INTERNAL**

Pengawasan terhadap pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau, dilakukan oleh Direktur melalui Satuan Pengawas Internal (SPI) yang ditetapkan oleh Direktur dan Dewan Pengawas Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau yang ditetapkan oleh Gubernur.

#### **J. PENANGANAN PENGADUAN, SARAN DAN MASUKAN**

Pelayanan pengaduan adalah tatacara menanggapi pengaduan yang merupakan penyampaian ketidakpuasan atau komplain dari pasien/keluarga/masyarakat terhadap pelayanan dan fasilitas yang ada di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau.

Penanganan pengaduan bertujuan untuk memberikan kepuasan dan kemudahan bagi penerima layanan. Pengaduan dapat diberikan secara langsung maupun secara tidak langsung melalui media sosial, media

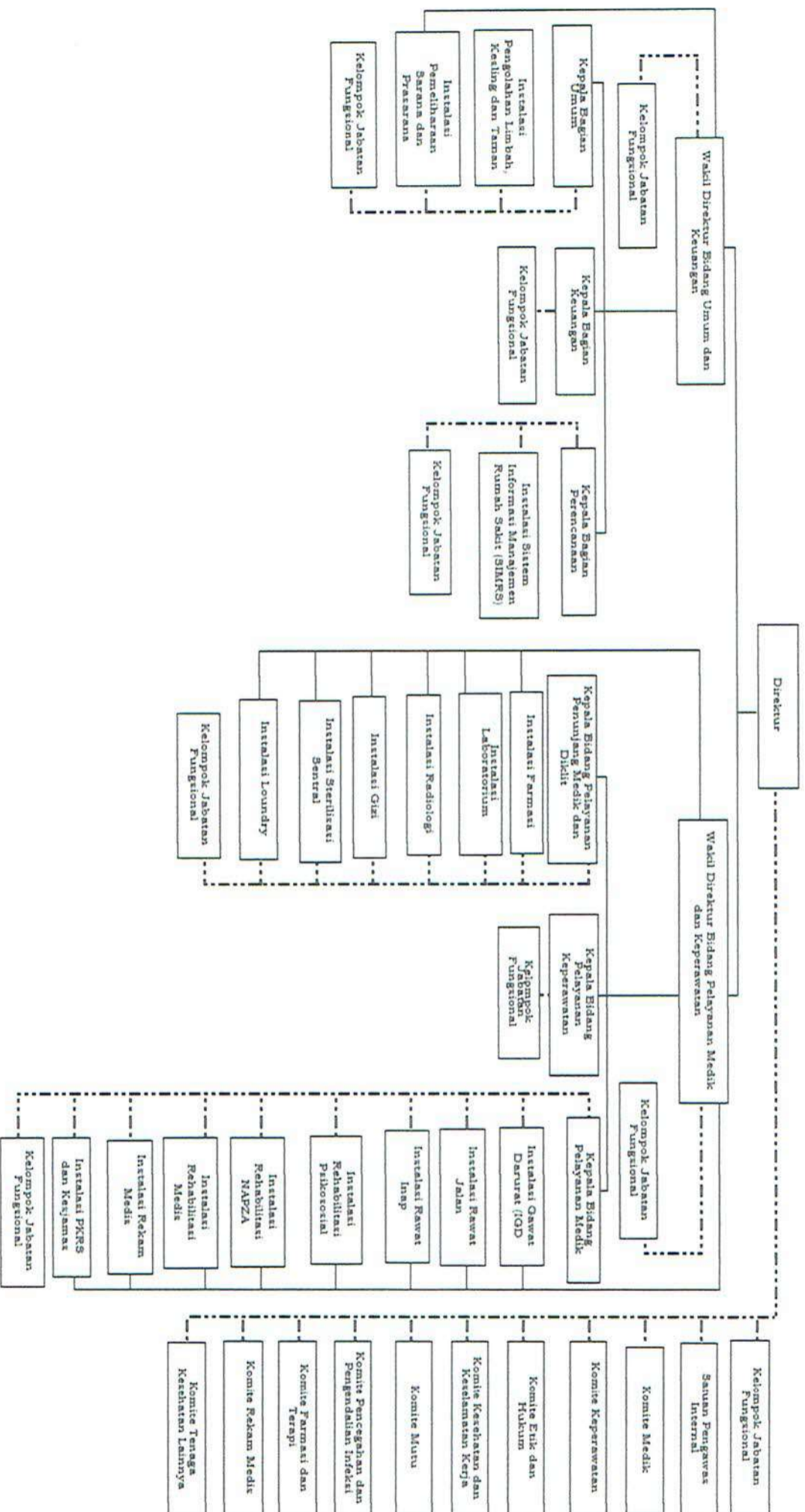
cetak dan lain-lain terkait adanya pelayanan yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan.  
Pengaduan akan ditindaklanjuti sesuai dengan prosedur yang berlaku di Rumah sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau.

#### **K. JUMLAH PELAKSANA**

Berdasarkan Peraturan Gubernur Riau Nomor 53 Tahun 2023 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja/Perangkat Daerah, Struktur Organisasi Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau Terdiri dari:

1. Direktur.
2. Wakil Direktur Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan, terdiri dari:
  - a. Bidang Pelayanan Medik.
  - b. Bidang Pelayanan Keperawatan
  - c. Bidang Pelayanan Penunjang Medik, Pendidikan dan Penelitian (Diklit)
3. Wakil Direktur Bidang Umum dan Keuangan, terdiri dari:
  - a. Bagian Umum
  - b. Bagian Keuangan
  - c. Bagian Perencanaanc
4. Kelompok Jabatan Fungsional

## STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT JIWA TAMAPAN PROVINSI RIAU



#### L. JAMINAN PELAYANAN

Jaminan pelayanan adalah kepastian bahwa penyelenggaraan pelayanan akan dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Jaminan pelayanan menunjukkan kesanggupan penyelenggara untuk memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan kapasitas manajemen yang ada. Untuk memberikan jaminan pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Tampan diberikan sesuai standar maka :

- Pelayanan kesehatan diberikan oleh petugas sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya masing-masing.
- Tenaga medis dan tenaga kesehatan pemberi pelayanan kesehatan mempunyai surat izin untuk memberikan pelayanan kesehatan.
- Alat kesehatan yang digunakan dilakukan kalibrasi secara berkala
- Pengelolaan limbah medis dan non medis sesuai standar dan regulasi yang berlaku.

#### M. JAMINAN KESELAMATAN DAN KEAMANAN PELAYANAN

Rumah Sakit Jiwa Tampan menyediakan sarana dan prasarana yang memastikan jaminan keamanan dan keselamatan kepada pengguna layanan dengan suasana rasa aman, bebas dari bahaya dan resiko gangguan serta kenyamanan dalam beraktifitas dari pelayanan yang diperoleh. Fasilitas untuk keamanan, kenyamanan dan keselamatan, antara lain :

1. Petugas keamanan
2. Petugas pelayanan informasi
3. Sarana dan prasarana yang digunakan dalam rangka pelayanan tidak membahayakan pengguna layanan
4. Ruang pelayanan yang bersih dan rapi
5. Sarana peralatan APAR (Alat Pemadam Api Ringan)
7. Sarana parkir
8. Tersedianya jalur evakuasi (titik kumpul)
9. Memiliki sistem keamanan pengawasan visual (CCTV).

#### N. EVALUASI

Untuk menilai Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau ditetapkan indikator sebagai berikut :

NO	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR
1	Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani <i>Life Saving</i>	100%
		2	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam
		3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku ACLS/ATLS/BTCLS/PPGD	100%
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
		5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit

NO	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR
		6	Kepuasan pelanggan	$\geq 70\%$
		7	Kematian pasien < 24 Jam	$\leq 2$ perseribu
		8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
2	Rawat Inap Jiwa	1	Pemberi pelayanan di rawat inap	100%
		2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%
		3	Jam visite dokter spesialis	100%
		4	Kejadian infeksi nasokomial	$\leq 1,5\%$
		5	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%
		6	Kematian pasien > 48 jam	$\leq 0,24\%$
		7	Kejadian pulang paksa	$\leq 5\%$
		8	Kepuasan pelanggan	$\geq 90\%$
		9	Kejadian infeksi pasca operasi	$\leq 1,5\%$
		10	Rawat inap TB	
			a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM TB	60%
			b. Pasien rawat inap TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%
		11	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	a. Gangguan psikotik b. Gangguan neurotik c. Gangguan organik
		12	Tidak ada kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%
		13	Kejadian <i>Readmission</i> pasien gangguan jiwa dalam waktu $\leq 1$ bulan	100%
		14	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	$\leq 6$ minggu
		15	Rata rata pasien kembali ke keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	$\leq 3\%$

NO	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR
		16	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam dalam waktu < 48 jam	95%
		17	Pemberi pelayanan Unit Intensif	100%
3	Rawat Inap NAPZA	1	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan NAPZA	a. Detoksifikasi b. Rehabilitasi
		2	Kepuasan pelanggan	≥ 90%
		3	Pemberi pelayanan di rawat inap detoksifikasi NAPZA	a. Dokter spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3
		4	Dokter penanggungjawab pasien rawat inap NAPZA	100%
		5	Jam visite dokter spesialis	100%
		6	Tidak ada kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	100%
		7	Kondisi fisik dan psikis akibat gejala putus zat teratasi ≤2 minggu	> 95%
		8	Pemberi pelayanan di rawat inap rehabilitasi NAPZA	a. dr. Spesialis dan dokter umum b. Perawat minimal pendidikan D3 c. Konselor d. Psikolog klinis e. Petugas administrasi dan instruktur religi
4	Rawat Jalan	1	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100 % dokter spesialis

NO	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR
		2	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	a. Anak remaja b. NAPZA c. Gangguan psikotik d. gangguan neurotik e. Mental retardasi f. Mental organik g. Usia lanjut h. Konsultasi keperawatan jiwa
		3	Jam buka pelayan rawat jalan	08.00s/d 16.00 wib setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 s/d 16.30 wib
		4	Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit
		5	Kepuasan pelanggan rawat jalan	≥ 90 %
		6	Rawat jalan TB	
			a.Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM TB	60%
			b.Pasien rawat inap TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%
5	Rehabilitasi Medis	1	Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang di rencanakan	≤25%
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
		3	Kepuasan Pelanggan	≥80%
6	Transfusi darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi
		2	Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01
7	Laboratorium Patologi Klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	< 120 menit
		2	Pelaksana ekspertise hasil laboratorium	Dokter spesialis patologi klinik

NO	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR
		3	Ketepatan identifikasi pasien	100%
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
8	Rekam Medis	1	Kelengkapan pengisian Rekam Medik Elektronik (RME) Rawat Jalan 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
		2	Kelengkapan pengisian Rekam Medik Elektronik (RME) rawat inap 24 jam setelah pasien keluar rumah sakit	100%
		3	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
9	GAKIN	1	Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin dan tidak mampu yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan	100%
10	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1	Tersedianya anggota komite PPI yang terlatih	75%
		2	Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)	75%
		3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit	75%
11	Laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%
12	Gizi	1	Ketepatan waktu penyediaan makanan di ruang rawat inap	≥90%
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %
		3	Tidak ada kesalahan dalam penyediaan pemberian diet	100%
		4	Pengkajian gizi pada pasien baru 2x24 jam	≥ 60 %
13	Farmasi	1.a	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤30 menit
		1.b	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤60 menit
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%

NO	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR
		3	Kepuasan pelanggan	≥80%
		4	Penulisan resep sesuai formularium obat rumah sakit	100%
14	Sterilisasi	1	Ketepatan waktu penyediaan alat steril	≥ 80 %
		2	Ketersediaan alat steril	100%
15	Administrasi dan Manajemen	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
		2	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		3	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%
		4	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%
		5	<i>Cost Recovery</i>	≥ 40 %
		6	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		7	Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
		8	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai ketetapan waktu (sesuai kondisi keuangan)	100%
		9	Pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %
16	Ambulance	1	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 Jam
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit ≤ 30 menit	100%
17	Promosi Kesehatan Jiwa Rumah Sakit (PKRS) dan Kesehatan Jiwa Masyarakat	1	Promosi kesehatan bagi pasien, keluarga pasien, SDM rumah sakit, pengunjung rumah sakit, dan masyarakat sekitar rumah sakit	≥ 80 %
18	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80%

NO	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
		3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%
19	Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit	1	Digitalisasi layanan Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau	90%
		2	Waktu tanggap terhadap laporan gangguan hardware, software, dan network < 30 menit	100%
20	Pengolahan Limbah	1	Baku mutu limbah cair	100%
		2	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%
21	Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax < 120 menit	< 120 menit
		2	Dokter spesialis radiologi sebagai pelaksana ekspertise hasil pemeriksaan rontgen	100%
		3	Ketepatan identifikasi pasien	100%
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
22	Rehabilitasi Psikososial	1	Paket pelayanan 12 x bagi pasien <i>day care</i>	≥ 60 %
		2	Tidak ada angka kejadian pasien cedera	100%
		3	Kelengkapan pengisian asesmen setiap pasien yang akan mengikuti kegiatan di Rehabilitasi Psikososial 24 jam setelah pelayanan	100%

Penjelasan untuk masing masing indikator diatas adalah sebagai berikut :

**I. Gawat Darurat**

**1. Kemampuan Menangani *Life Saving* di Gawat Darurat**

<b>Judul</b>	<b>Kemampuan Menangani <i>Life Saving</i> Di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat
Definisi Operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>airway, breath, circulation</i>
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di gawat darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di Instalasi Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam medik di gawat darurat
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah kumulatif pasien yang mendapat} \\
 \text{pertolongan } \textit{life saving} \text{ di gawat darurat}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang} \\
 \text{membutuhkan penanganan } \textit{life saving} \text{ di} \\
 \text{Instalasi Gawat darurat}} \times 100\%$$

## 2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di 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 kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam}}{\text{Jumlah hari dalam satu bulan}} \times 100\%$$

**3. Pemberi Pelayanan Gawat Darurat yang Bersertifikat yang Masih Berlaku ACLS/ATLS/BTCLS/PPGD**

<b>Judul</b>	<b>Pemberi Pelayanan Gawat Darurat yang Bersertifikat yang Masih Berlaku ACLS/ATLS/BTCLS/PPGD</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ACLS/ATLS/BTCLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap Bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ACLS/ATLS/BTCLS/PPGD
Denominator	Jumlah Tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah tenaga yang bersertifikat ACLS/ATLS/BTCLS/PPGD}}{\text{Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan}} \times 100\%$$

#### 4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

<b>Judul</b>	<b>Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	Satu tim
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

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

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

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n = 50)}}$$

## 6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang di survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survei
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 70 %
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat /Humas

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang di survei}}{\text{Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei}} \times 100\%$$

### 7. Kematian Pasien <24 Jam

<b>Judul</b>	<b>Kematian Pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
Sumber Data	Rekam medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pasien yang meninggal dalam periode } \leq 24 \text{ jam sejak pasien datang}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat}} \times 100\%$$

### 8. Tidak Adanya Keharusan untuk Membayar Uang Muka

Judul	Tidak Adanya Keharusan untuk Membayar Uang Muka
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 sekali
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Data admission
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat}} \times 100\%$$

## II. Rawat Inap Jiwa

### 1. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap 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 di rawat inap
Sumber	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan}}{\text{Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap}} \times 100\%$$

## 2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

<b>Judul</b>	<b>Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap</b>
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 penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber	RME (Rekam Medis Elektronik)
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan}} \times 100\%$$

### 3. 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 tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 07.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 07.00 sampai dengan 14.00 pada RME
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis pada RME
Sumber	RME (Rekam Medis Elektronik)
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat Inap/Komite Medik/Komite Mutu

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah visite dokter spesialis antara jam 07.00 sampai dengan 14.00}}{\text{Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis sesuai dengan RME}} \times 100\%$$

#### 4. Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Kejadian Infeksi Nasokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi scabies, dekubitus, flebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber	Laporan kejadian adanya infeksi nosokomial
Standar	≤ 1,5%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Komite Medik/ Komite Mutu

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan}}{\text{Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan}} \times 100\%$$

### 5. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian

<b>Judul</b>	<b>Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, 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 dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

$$\begin{aligned}
 \text{Cara Penghitungan} &= \frac{\text{Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut} \\
 &\quad \text{dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat} \\
 &\quad \text{kecacatan atau kematian}}{\text{Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut}} \times 100\%
 \end{aligned}$$

## 6. Kematian Pasien > 48 Jam

<b>Judul</b>	<b>Kematian Pasien &gt; 48 jam</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	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	Rekam medis
Standar	≤ 0,24 % ≤ 2,4/1000 (internasional) (NDR ≤ 25/1000, Indonesia)
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap /Ketua komite mutu

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan}} \times 100\%$$

## 7. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian Pulang Paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilain pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber	Rekam medis
Standar	≤ 5 %
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap /Ketua komite mutu

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan}} \times 100\%$$

## 8. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien/keluarga pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei
Sumber	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap /Humas

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien/keluarga pasien yang disurvei}}{\text{Jumlah total pasien yang di survei}} \times 100\%$$

### 9. 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 di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien dalam satu bulan
Sumber	Rekam Medis Elektronik
Standar	≤ 1,5%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap /Ketua komite mutu

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan}} \times 100\%$$

**10. a. Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan TCM TB**

<b>Judul</b>	<b>Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan TCM TB</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan TCM pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM TB dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Dokter Penanggung Jawab TB

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM TB dalam 3 minggu}}{\text{Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan}} \times 100\%$$

**10. b. Pasien Rawat Inap TB Yang Ditangani dengan Strategi DOTS**

<b>Judul</b>	<b>Pasien Rawat Inap TB yang Ditangani dengan Strategi DOTS</b>
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Dokter Penanggung Jawab TB

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan}} \times 100\%$$

**11. Ketersediaan Pelayanan Rawat di Rumah Sakit yang Memberikan Pelayanan Jiwa**

<b>Judul</b>	<b>Ketersediaan Pelayanan Rawat di Rumah Sakit yang Memberikan Pelayanan Jiwa</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber	Register Rawat Inap
Standar	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gangguan Psikotik</li> <li>b. Gangguan Neurotik</li> <li>c. Gangguan Organik</li> </ul>
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

**12. Tidak Ada Kejadian Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri**

<b>Judul</b>	<b>Tidak Ada Kejadian Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite medik /Komite mutu

$$\begin{aligned}
 \text{Cara Penghitungan} &= \frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang yang dirawat dalam satu bulan}} \times 100\%
 \end{aligned}$$

**13. Kejadian *Readmission* Pasien Gangguan Jiwa dalam Waktu ≤ 1 Bulan**

<b>Judul</b>	<b>Kejadian <i>Readmission</i> Pasien Gangguan Jiwa dalam Waktu ≤ 1 Bulan</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite medik /Komite mutu

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\begin{array}{c} \text{Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan} \\ \text{dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien} \\ \text{gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu } \leq 1 \\ \text{bulan} \end{array}}{\begin{array}{c} \text{Jumlah seluruh pasien yang gangguan jiwa yang} \\ \text{dipulangkan dalam 1 bulan} \end{array}} \times 100\%$$

#### 14. Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa

<b>Judul</b>	<b>Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, kompetensi tehnik
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber	Rekam Medis
Standar	≤ 6 minggu
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Komite medik / Komite mutu

**15. Rata Rata Pasien Kembali ke Keperawatan Intensif dengan Kasus yang Sama <72 Jam**

<b>Judul</b>	<b>Rata Rata Pasien Kembali ke Keperawatan Intensif dengan Kasus yang Sama &lt; 72 Jam</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber	Rekam Medis
Standar	≤ 3 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala ruangan UPIP/Ketua Komite Medik

Cara Penghitungan = 
$$\frac{\text{Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

### 16. Pasien Jiwa yang Dapat Ditenangkan Dalam Waktu < 48 Jam

<b>Judul</b>	<b>Pasien Jiwa yang Dapat Ditenangkan Dalam Waktu &lt; 48 Jam</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat psikiatrik
Definisi Operasional	Pasien yang dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita yang ditandai dengan skor PANSS-EC $\leq 15$ dan tidak ada item skoring yang lebih dari 3
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu < 48 jam
Denominator	Seluruh pasien yang mengalami kegawat daruratan psikiatrik yang ditangani di Instalasi Gawat Darurat
Sumber	Rekam Medis
Standar	95%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan UPIP/Ketua Komite Medik

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu < 48 jam}}{\text{Seluruh pasien yang mengalami kegawat daruratan psikiatrik yang ditangani di Instalasi Gawat Darurat}} \times 100\%$$

### 17. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Judul	Pemberi Pelayanan Unit Intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp. Jiwa dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir / setara yang melayani pelayanan perawatan intensif psikiatrik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.Jiwa dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir / setara yang melayani pelayanan perawatan intensif psikiatrik
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala ruangan UPIP

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah tenaga dokter Sp.Jiwa dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir / setara yang melayani pelayanan perawatan intensif psikiatrik}}{\text{Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif}} \times 100\%$$

### III. Rawat Inap NAPZA

#### 1. Ketersediaan Pelayanan Rawat di Rumah Sakit yang Memberikan Pelayanan NAPZA

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit yang Memberikan Pelayanan NAPZA</b>
Dimensi Mutu	<b>Akses</b>
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap NAPZA yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan NAPZA adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pecandu, penyalahguna, dan korban penyalahgunaan narkotika
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis jenis pelayanan rawat inap NAPZA di rumah sakit jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber	Register Rawat Inap
Standar	a. Detoksifikasi b. Rehabilitasi
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi NAPZA

## 2. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rawat inap NAPZA
Definisi Oprasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap NAPZA
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei
Sumber	Survei
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi NAPZA

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien/keluarga yang di survei}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang di survei}} \times 100\%$$

### 3. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap Detoksifikasi NAPZA

<b>Judul</b>	<b>Pemberi Pelayanan di Rawat Inap NAPZA</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 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 di rawat inap
Sumber	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi NAPZA

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan}}{\text{Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap}} \times 100\%$$

#### 4. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap NAPZA

<b>Judul</b>	<b>Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap NAPZA</b>
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 penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber	RME (Rekam Medis Elektronik)
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi NAPZA

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan}} \times 100\%$$

### 5. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Jam Visite Dokter Spesialis
Dimensi Mutu	Akses, Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 07.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 07.00 sampai dengan 14.00 pada RME
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis pada RME
Sumber	RME (Rekam Medis Elektronik)
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi NAPZA

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah visite dokter spesialis antara jam 07.00 sampai dengan 14.00}}{\text{Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis sesuai dengan RME}} \times 100\%$$

## 6. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/Kematian

Judul	Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar 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 dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat NAPZA

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian}}{\text{Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut}} \times 100\%$$

**7. Kondisi Fisik dan Psikis Akibat Gejala Putus Zat Teratasi ≤ 2 Minggu**

<b>Judul</b>	<b>Kondisi Fisik dan Psikis Akibat Gejala Putus Zat Teratasi ≤ 2 Minggu</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif, dapat menenangkan dan menyelamatkan pasien akibat gejala putus zat dalam pelayanan detoksifikasi
Definisi Operasional	Kondisi pasien yang tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda yang dapat mencelakakan diri sendiri dan atau lingkungannya setelah mendapat intervensi medis-psikatri
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang teratasi Kondisi fisik dan psikis akibat gejala putus zat teratasi ≤ 2 minggu
Denominator	Jumlah seluruh pasien detoksifikasi
Sumber	Instalasi NAPZA
Standar	> 95%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi NAPZA

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pasien yang teratasi Kondisi fisik dan psikis akibat gejala putus zat teratasi } \leq 2 \text{ minggu}}{\text{Jumlah seluruh pasien detoksifikasi}} \times 100\%$$

### 8. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap Rehabilitasi NAPZA

Judul	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap Napza
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis, dokter umum, tenaga perawat (minimal D3), konselor, psikolog klinis yang berkompeten
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter tenaga perawat (minimal D3), konselor, psikolog klinis yang berkompeten
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan tenaga perawat (minimal D3), konselor, psikolog klinis yang berkompeten yang bertugas di rawat inap rehabilitasi
Sumber	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Napza

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah tenaga dokter tenaga perawat (minimal D3), konselor, psikolog klinis yang berkompeten}}{\text{Jumlah seluruh tenaga dokter dan tenaga perawat (minimal D3), konselor, psikolog klinis yang berkompeten yang bertugas di rawat inap rehabilitasi}} \times 100\%$$

#### IV. Rawat Jalan

##### 1. Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis

Judul	Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

$$\begin{array}{l} \text{Cara} \\ \text{Penghitungan} \end{array} = \frac{\text{Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh} \\ \text{dokter spesialis dalam waktu satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis} \\ \text{dalam waktu satu bulan}} \times 100\%$$

## 2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialisik yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber	Register rawat jalan
Standar	a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik d. Gangguan Neurotik e. Mental Retardasi f. Mental Organik g. Usia Lanjut h. Konsultasi Keperawatan Jiwa
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 3. Jam Buka Pelayan Rawat Jalan

Judul	Jam Buka Pelayan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan kesehatan jiwa pada hari kerja di setiap Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan rawat jalan adalah dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga kesehatan jiwa, dimulai 08.00-16.00 kecuali Hari jum'at dimulai pada pkl. 08.00-16.30
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan kesehatan jiwa dalam satu bulan
Sumber	Data laporan bulanan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah hari pelayanan rawat jalan yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan kesehatan jiwa dalam satu bulan}} \times 100\%$$

#### 4. Waktu Tunggu Rawat Jalan ≤ 60 Menit

<b>Judul</b>	<b>Waktu Tunggu Rawat Jalan ≤ 60 Menit</b>
Dimensi Mutu	Kesinambungan dan efektifitas pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan kesehatan jiwa pada hari kerja di Rumah Sakit Jiwa Tampan yang mudah dan cepat diakses oleh pelanggan
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pelanggan mendaftar sampai di layani oleh tenaga kesehatan jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelanggan rawat jalan
Denominator	Jumlah seluruh pelanggan rawat jalan yang disurvei
Sumber	Data laporan bulanan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

Cara Penghitungan = 
$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu pelanggan rawat jalan dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan dalam bulan tersebut}}$$

### 5. Kepuasan Pelanggan Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan Rawat Jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Rawat Jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif penilaian kepuasan pelanggan Rawat Jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pelanggan Rawat Jalan yang di survei
Sumber	Data laporan bulanan
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Humas

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif penilaian kepuasan pelanggan rawat jalan yang disurvei}}{\text{Jumlah seluruh pelanggan rawat jalan yang di survei}} \times 100\%$$

### 6. a. Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan TCM TB

<b>Judul</b>	<b>Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan TCM TB</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan TCM pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM TB dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Dokter Penanggung Jawab TB

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM TB dalam 3 minggu}}{\text{Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan}} \times 100\%$$

**6. b. Pasien Rawat Jalan TB yang Ditangani dengan Strategi DOTS**

<b>Judul</b>	<b>Pasien Rawat Jalan TB yang Ditangani dengan Strategi DOTS</b>
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Dokter Penanggung Jawab TB

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan}} \times 100\%$$

**V. Rehabilitasi Medis**

**1. Kejadian *Drop Out* Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan**

Judul	Kejadian <i>Drop Out</i> Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Terhambatnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi medik sesuai yang direncanakan
Definisi Oprasional	Pasien <i>Drop Out</i> adalah Pasien yang tidak mengikuti setengah dari program yang telah di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang <i>drop out</i> dalam 3 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber	Rekam medis / RME
Standar	≤ 25%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang } \textit{drop out} \text{ dalam 3 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan}} \times 100\%$$

## 2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi
Definisi Oprasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan SOP pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber	Rekam medis/ RME
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\begin{array}{l} \text{Jumlah seluruh pasien yang diprogram} \\ \text{rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi} \\ \text{jumlah pasien yang mengalami kesalahan} \\ \text{tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Jumlah seluruh pasien yang deprogram} \\ \text{rehabilitasi medik dalam 1 bulan} \end{array}} \times 100\%$$

### 3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Oprasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam Prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei
Sumber	Survei
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik/ Humas

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien/keluarga pasien rehabilitasi medik yang di survei}}{\text{Jumlah seluruh pasien rehabilitasi medik yang di survei}} \times 100\%$$

**VI. Transfusi Darah**

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

Judul	Pemenuhan Kebutuhan Darah bagi Setiap Pelayanan Transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Definisi Operasional	Terpenuhinya permintaan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan yang memerlukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber	Register pelayanan darah
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Unit Bank darah

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

## 2. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	Kejadian Reaksi Transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Manajemen resiko UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan atau KTD yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi darah dalam 1 bulan
Sumber	Rekam medis
Standar	<0,01
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Unit Bank Darah

Cara Penghitungan = 
$$\frac{\text{Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi darah dalam 1 bulan}}$$

## VII. Laboratorium Patologi Klinik

### 1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Agar tercapai waktu pemeriksaan hasil yang optimal
Definisi Operasional	Waktu penyelesaian hasil pemeriksaan hematologi dan kimia klinik dari sampel diterima hingga hasil keluar < 120 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pemeriksaan hematologi dan kimia klinik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan hematologi dan kimia klinik dalam 1 bulan
Sumber	Buku serah terima hasil laboratorium
Standar	< 120 menit
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Laboratorium

Cara Penghitungan = 
$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu pemeriksaan hematologi dan kimia klinik dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan hematologi dan kimia klinik dalam 1 bulan}}$$

## 2. Pelaksana Ekspertise Hasil Laboratorium

Judul	Pelaksana Ekspertise Hasil Laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terlaksananya ekspertise hasil laboratorium oleh dokter spesialis patologi klinik
Definisi Operasional	Seluruh hasil yang di keluarkan oleh laboratorim harus di ekspertise oleh dokter patologi klinik.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil pemeriksaan yang dilakukan ekspertise oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah hasil laboratorium yang di keluarkan
Sumber	Log book hasil pemeriksaan laboratorium
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Laboratorium

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah hasil pemeriksaan yang dilakukan ekspertise oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah hasil laboratorium yang di keluarkan}} \times 100\%$$

### 3. Ketepatan Identifikasi Pasien

Judul	Ketepatan Identifikasi Pasien
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terlaksananya ketepatan identifikasi pasien agar menjamin keselamatan pasien
Definisi Operasional	Pengecekan identitas pasien meliputi nama, tgl. Lahir, No. MR, dan foto pasien sebelum melakukan pengambilan specimen.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah proses identifikasi pasien yang dilakukan secara benar dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pelayanan yang diobservasi dalam 1 bulan
Sumber	Log book hasil pemeriksaan laboratorium
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Laboratorium

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah proses identifikasi pasien yang dilakukan secara benar dalam 1 bulan.}}{\text{Jumlah pelayanan yang diobservasi dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

#### 4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Untuk menjadi bahan evaluasi dan memberikan motivasi bagi staf instalasi laboratorium agar dapat memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien
Definisi Operasional	Adanya pemantauan kepuasan pasien dlm mendapatkan pelayanan di instalasi laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien/keluarga pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei
Sumber	survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Laboratorium/Humas

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien/keluarga pasien yang disurvei}}{\text{Jumlah total pasien yang di survei}} \times 100\%$$

**VIII. Rekam Medis**

**1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik Elektronik (RME) Rawat Jalan 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan**

<b>Judul</b>	<b>Kelengkapan Pengisian Rekam Medik Elektronik (RME) Rawat Jalan 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam kelengkapan informasi RME rawat jalan
Definisi Operasional	RME rawat jalan yang lengkap adalah RME rawat jalan yang telah diisi lengkap oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam waktu ≤ 24jam setelah selesai pelayanan rawat jalan yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan ringkasan rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah RME pasien rawat jalan setelah selesai pelayanan dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah pasien rawat jalan setelah selesai pelayanan dalam 1 bulan
Sumber	Rekam Medik Elektronik (RME)
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam Medis

$$\begin{aligned}
 \text{Cara Penghitungan} &= \frac{\text{Jumlah RME pasien rawat jalan setelah selesai pelayanan dalam 1 bulan yang diisi lengkap}}{\text{Jumlah RME pasien rawat jalan setelah selesai pelayanan dalam 1 bulan yang diisi lengkap}} \times 100\%
 \end{aligned}$$

**2. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik Elektronik (RME) Rawat Inap 24 Jam Setelah Pasien Keluar Rumah Sakit**

<b>Judul</b>	<b>Kelengkapan Pengisian Rekam Medik Elektronik (RME) Rawat Inap 24 Jam Setelah Pasien Keluar Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam kelengkapan informasi rekam medis rawat inap
Definisi Oprasional	RME rawat inap yang lengkap adalah RME rawat inap yang telah diisi lengkap oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam waktu ≤ 24jam setelah pasien keluar rumah sakit yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan ringkasan pasien pulang
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah RME pasien rawat inap setelah pasien keluar rumah sakit dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah RME pasien rawat inap setelah pasien keluar rumah sakit dalam 1 bulan
Sumber	Rekam Medik Elektronik (RME)
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah RME pasien rawat inap setelah selesai pelayanan dalam 1 bulan yang diisi lengkap}}{\text{Jumlah RME pasien rawat inap setelah selesai pelayanan dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

### 3. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

Judul	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapatkan persetujuan dari pasien akan tindakan medis yang akan dilakukan
Definisi Oprasional	Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien atau keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medik setelah mendapatkan informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medik dalam 1 bulan
Sumber	Rekam Medis Elektronik (RME)
Penanggung Jawab Pengumpulan data	100%

$$\begin{aligned}
 \text{Cara Penghitungan} &= \frac{\text{Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medik setelah mendapatkan informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang mendapatkan tindakan medis}} \times 100\%
 \end{aligned}$$

**IX. Pelayanan GAKIN**

**1. Pelayanan terhadap Pasien Keluarga Miskin dan Tidak Mampu yang Datang ke RS pada Setiap Unit Pelayanan**

Judul	Pelayanan terhadap Pasien Keluarga Miskin dan Tidak Mampu yang Datang ke RS pada setiap Unit Pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin dan Tidak mampu adalah pasien BPJS PBI dan pasien jamkesda
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pasien BPJS PBI dan pasien jamkesda yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien BPJS PBI dan pasien jamkesda yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua casemix

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pasien pasien BPJS PBI dan pasien jamkesda yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien BPJS PBI dan pasien jamkesda yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan}} \times 100\%$$

**X. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi**  
**1. Tersedianya Anggota Komite PPI Terlatih**

Judul	Tersedianya Anggota Komite PPI Terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota komite PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI
Definisi Operasional	Anggota Komite PPI adalah pegawai yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan PPI Dasar dan PPI Lanjut
Frekuensi pengumpulan data	Tiap enam bulan
Periode analisis	Tiap enam bulan
Numerator	Jumlah anggota komite PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah seluruh anggota komite PPI
Sumber Data	Kepegawaian dan Diklit
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite PPI

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah anggota komite PPI yang sudah terlatih}}{\text{Jumlah seluruh anggota komite PPI}} \times 100\%$$

## 2. Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)

Judul	Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi rumah sakit yang wajib menggunakan APD dalam melaksanakan tugasnya
Definisi Operasional	APD (Alat pelindung diri) adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit dirumah sakit, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah unit/instalasi kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD dan tersedia APD yang diperlukan
Denominator	Jumlah unit/instalasi kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD
Sumber Data	<i>Infection Prevnition Controle Link Nurse (IPCLN) tiap unit</i>
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpul Data	Ketua Komite PPI

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah unit/instalasi kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD dan tersedia APD yang diperlukan}}{\text{Jumlah unit/instalasi kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD.}} \times 100\%$$

### 3. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keamanan pasien dan petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi 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 scabies, dekubitus, flebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah ruang perawatan yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah ruang perawatan yang tersedia
Sumber Data	<i>Infection Prevntion Controle Link Nurse (IPCLN)</i> tiap unit / instalasi rawat inap
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpul Data	Komite PPI

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah ruang perawatan yang melakukan pencatatan dan pelaporan}}{\text{Jumlah ruang perawatan yang tersedia}} \times 100\%$$

## XI. Pelayanan Laundry

### 1. Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang

Judul	Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang
Dimensi Mutu	Efisien dan efektifitas layanan laundry
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Tidak adanya kejadian hilangnya linen
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	Triwulan
Numerator	Jumlah seluruh linen - Jumlah Linen yang hilang
Denominator	Jumlah seluruh Linen
Sumber	Log Book laundry
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Instalasi Laundry

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah seluruh linen} - \text{Jumlah Linen yang hilang}}{\text{Jumlah seluruh Linen}} \times 100\%$$

## 2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap

<b>Judul</b>	<b>Ketepatan waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Efisien dan efektifitas layanan laundry
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pengantaran linen ke rawat inap setelahnya jam 14.00 setiap harinya
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	Triwulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen untuk rawat inap tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber	Log Book laundry
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Instalasi Laundry

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen untuk rawat inap tepat waktu}}{\text{Jumlah hari dalam satu bulan}} \times 100\%$$

## XII. Pelayanan Gizi

### 1. Ketepatan Waktu Penyediaan Makanan di Ruang Rawat Inap

Judul	Ketepatan Waktu Penyediaan Makanan di Ruang Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses pelayanan gizi dan safety pasien
Tujuan	Tergambarnya Efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan makanan kepada pasien di ruang rawat inap adalah ketepatan distribusi makanan pada ruang rawat inap sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Bulanan, Triwulan, Semester, Tahunan
Numerator (N)	Jumlah seluruh pengantaran makanan dalam 1 bulan dikurangi jumlah keterlambatan pengantaran makanan pasien
Denominator (M)	Jumlah seluruh pengantaran makanan dalam 1 bulan
Sumber	Laporan harian ketepatan waktu penyediaan makanan di Ruang rawat Inap
Standar	≥90%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gizi

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah seluruh pengantaran makanan dalam 1 bulan dikurangi jumlah keterlambatan pengantaran makanan pasien}}{\text{Jumlah seluruh pengantaran makanan dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

## 2. Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien ≤ 20 %

<b>Judul</b>	<b>Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien ≤ 20 %</b>
Dimensi Mutu	Kinerja Pelayanan
Tujuan	Untuk mengetahui daya terima pasien terhadap makanan yang disajikan
Definisi Operasional	Sisa makanan yang tidak termakan adalah prosentasi makanan yang tgidak dapat dihabiskan oleh pasien dari satu waktu makan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Bulanan, Triwulan, Semester, Tahunan
Numerator (N)	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator (M)	Jumlah pasien yang disurvei
Sumber	Laporan sisa makanan pasien
Standar	≤ 20 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gizi

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei}} \times 100\%$$

### 3. Tidak Ada Kesalahan dalam Penyediaan Pemberian Diet

<b>Judul</b>	<b>Tidak Ada Kesalahan dalam Penyediaan Pemberian Diet</b>
Dimensi Mutu	Keamanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam penyediaan pemberian diet adalah kesalahan dalam menyediakan jenis diet sesuai dengan asuhan gizi berdasarkan diagnosa dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator (N)	Jumlah penyediaan makanan diet dalam 1 bulan - jumlah kesalahan dalam penyediaan makanan diet dalam 1 bulan tersebut
Denominator (M)	Jumlah penyediaan makanan diet dalam bulan tersebut
Sumber	Buku laporan kesalahan diet
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gizi

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah penyediaan makanan diet dalam 1 bulan - jumlah kesalahan dalam penyediaan makanan diet dalam 1 bulan tersebut}}{\text{Jumlah penyediaan makanan diet dalam bulan tersebut}} \times 100\%$$

#### 4. Pengkajian Gizi pada Pasien Baru 2x24 Jam

Judul	Pengkajian Gizi pada Pasien Baru 2x24 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Untuk mengetahui cakupan asuhan gizi pasien baru
Definisi Operasional	Pengkajian Gizi pada pasien baru adalah Pemberian pelayan asuhan gizi pasien baru oleh nutrisinis yang berwenang sesuai dengan kompetensinya dalam kurun waktu 2 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Bulanan, Triwulan, Semester, Tahunan
Numerator (N)	Jumlah pasien baru yang telah diberikan asuhan gizi 2x 24 jam selama 1 bulan
Denominator (M)	Jumlah seluruh pasien baru selama 1 bulan
Sumber	Laporan asuhan gizi pasien baru
Standar	≥ 60 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gizi

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pasien baru yang telah diberikan asuhan gizi 2x 24 jam selama 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien baru selama 1 bulan}} \times 100\%$$

### XIII. Pelayanan Farmasi

#### 1. a. Waktu tTunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi pada depo farmasi rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien dalam bulan tersebut
Sumber data	Log book waktu tunggu depo farmasi rawat jalan
Standar	≤30 menit
Penanggung jawab data	Kepala Instalasi Farmasi

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien dalam satu bulan}}{\text{Jumlah pasien dalam bulan tersebut}}$$

### 1.b Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan pada depo farmasi rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator (N)	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien dalam satu bulan
Denominator (M)	Jumlah pasien dalam bulan tersebut.
Sumber	Log Book Waktu Tunggu Depo farmasi Rawat Jalan
Standar	≤60 menit
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Farmasi

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien dalam satu bulan}}{\text{Jumlah pasien dalam bulan tersebut}}$$

## 2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi
Sumber data	Register kesalahan pemberian obat instalasi farmasi
Standar	100%
Penanggung jawab Data	Kepala Instalasi Farmasi

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat}}{\text{Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi}} \times 100\%$$

### 3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan depo farmasi rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien/keluarga pasien yang disurvei pada depo farmasi rawat jalan
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei pada depo farmasi rawat jalan
Sumber data	Survei
Standar	≥80%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi /Humas

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan} \\
 \text{pasien/keluarga pasien yang disurvei pada depo farmasi} \\
 \text{rawat jalan}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei pada depo} \\
 \text{farmasi rawat jalan}} \times 100\%$$

#### 4. Penulisan Resep Sesuai Formularium Rumah Sakit

Judul	Penulisan Resep Sesuai Formularium Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang sesuai formularium dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh resep dalam satu
Sumber data	Register pasien instalasi farmasi
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi/ Komite Farmasi

Cara Penghitungan = 
$$\frac{\text{Jumlah resep yang sesuai formularium dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh resep dalam satu bulan}} \times 100\%$$

#### XIV. Pelayanan Sterilisasi

##### 1. Ketepatan Waktu Penyediaan Alat Steril

Judul	Ketepatan Waktu Penyediaan Alat Steril
Dimensi Mutu	Efesiensi
Tujuan	Untuk memenuhi kebutuhan alat steril bagi unit yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu yang diperlukan untuk mendapatkan alat sterilisasi mulai dari proses dekontaminasi, penyimpanan dan distribusi selama 90 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisa	Bulanan
Numerator	Jumlah penyediaan alat steril dalam waktu 3 jam setelah penerimaan alat yang akan dilakukan sterilisasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah penerimaan permintaan sterilisasi alat dalam satu bulan
Sumber	Laporan harian penerimaan dan pengambilan alat
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah penyediaan alat steril dalam waktu 3 jam setelah penerimaan alat yang akan dilakukan sterilisasi dalam satu bulan}}{\text{Jumlah penerimaan permintaan sterilisasi alat}} \times 100\%$$

## 2. Ketersediaan Alat Steril

Judul	Ketersediaan Alat Steril
Dimensi Mutu	Efesiensi
Tujuan	Untuk memenuhi kebutuhan alat steril di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Semua alat instrumen yang semua unit yang membutuhkan dalam kondisi steril
Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisa	Bulanan
Numerator	Jumlah permintaan sterilisasi alat yang dapat disediakan
Denominator	Jumlah permintaan sterilisasi alat
Sumber	Log Book Sterilisasi Sentral
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Sterilisasi Sentral

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah permintaan sterilisasi alat yang dapat disediakan}}{\text{Jumlah permintaan sterilisasi alat}} \times 100\%$$

**XV. Administrasi dan Manajemen**

**1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Direksi**

Judul	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan 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 Frekuensi pengumpulan data tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada setiap bidang
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Umum

Cara Penghitungan = 
$$\frac{\text{Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan}}{\text{Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan}} \times 100\%$$

## 2. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi dan Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai sesuai periode yang telah ditetapkan BKD/ OPD yang membawahi bidang kepegawaian dalam 1 tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	1 kali 1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah periode pengusulan kenaikan pangkat yang dilakukan
Denominator	Jumlah Periode kenaikan pangkat yang telah ditetapkan BKD/OPD yang membawahi bidang kepegawaian
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Bagian Umum

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah periode pengusulan kenaikan pangkat yang dilakukan}}{\text{Jumlah Periode kenaikan pangkat yang telah ditetapkan BKD/OPD yang membawahi bidang kepegawaian}} \times 100\%$$

### 3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Gaji Berkala

<b>Judul</b>	<b>Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, nyaman
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodic sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Tahun
Periode Analisa	1 Tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan gaji berkala dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan naik gaji berkala dalam 1 tahun
Sumber	Sub bagian umum dan kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Bagian Umum

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan gaji berkala dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan naik gaji berkala dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

#### 4. 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.</p> <p>Laporan Kinerja memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai; Sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi instansi pemerintah untuk meningkatkan kinerjanya</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	12 bulan
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah Laporan Akuntabilitas Kinerja yang lengkap dilakukan dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah Laporan Akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 (satu) Tahun
Sumber	Semua Bidang/Bagian, Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Perencanaan

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah Laporan Akuntabilitas Kinerja yang lengkap dilakukan dalam 1 (satu) tahun}}{\text{Jumlah Laporan Akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 (satu) Tahun}} \times 100\%$$

## 5. Cost Recovery

Judul	<i>Cost Recovery</i>
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah saki Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah saki
Definisi Operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan Sekali
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber	Data pendapatan dan data belanja operasional
Standar	≥ 40%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Keuangan

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan}}{\text{Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan}} \times 100\%$$

## 6. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Meningkatkan kemampuan RSJ Tampan dalam menyampaikan Laporan Keuangan ke Dinas Kesehatan Provinsi Riau
Definisi Operasional	Kemampuan RSJ Tampan dalam menyampaikan Laporan Keuangan RS ke Dinas Kesehatan Provinsi Riau
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisa	Enam Bulan Sekali
Numerator	Jumlah Laporan Keuangan yang disampaikan tepat waktu (setiap tanggal 5) ke Dinas Kesehatan Provinsi Riau
Denominator	Total Laporan Keuangan yang disampaikan ke Dinas Kesehatan Provinsi Riau
Sumber	Bagian Keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Keuangan

$$\begin{aligned}
 \text{Cara Penghitungan} &= \frac{\text{Jumlah Laporan Keuangan yang disampaikan tepat waktu (setiap tanggal 5) ke Dinas Kesehatan Provinsi Riau}}{\text{Total Laporan Keuangan yang disampaikan ke Dinas Kesehatan Provinsi Riau}} \times 100\%
 \end{aligned}$$

### 7. Ketepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

<b>Judul</b>	<b>Ketepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisa	Enam Bulan Sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber	Bagian Keuangan
Standar	≤2 jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Keuangan

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap dalam satu bulan}}{\text{Jumlah total pasien rawat inap dalam satu bulan}}$$

**8. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) sesuai Ketetapan Waktu (sesuai kondisi keuangan)**

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) sesuai Ketetapan Waktu (sesuai kondisi keuangan)
Dimensi Mutu	Efektivitas,
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 6 Bulan
Periode Analisa	Enam Bulan Sekali
Numerator	Jumlah bulan dengan ketepatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber	Bagian Keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bagian Keuangan

Cara Penghitungan = 
$$\frac{\text{Jumlah bulan dengan ketepatan pemberian insentif}}{6} \times 100\%$$

### 9. Pegawai yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

<b>Judul</b>	<b>Pegawai yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi pegawai yang Frekuensi pengumpulan data dilakukan baik dirumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per pegawai 20 jam per tahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu tahun
Periode Analisa	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai di rumah sakit
Sumber	Bidang Diklit
Standar	≥ 60 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Bidang Penunjang Medik dan Diklit

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun}}{\text{Jumlah seluruh pegawai di rumah sakit}} \times 100\%$$

**XVI. Pelayanan Ambulance**

**1. Waktu Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah**

Judul	Waktu Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat di akses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	setiap bulan
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Jadwal pelayanan ambulance
Standar	24 jam
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Bagian Umum

Cara Penghitungan = 
$$\frac{\text{Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan}}{\text{Jumlah hari dalam bulan tersebut}}$$

**2. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di Rumah Sakit ≤ 30 Menit**

<b>Judul</b>	<b>Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah Di Rumah Sakit ≤ 30 Menit</b>
Dimensi Mutu	Kenyaman, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien dirumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah, maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber	Catatatn penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Bagian Umum

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan}} \times 100\%$$

**XVII. Promosi Kesehatan Jiwa Rumah Sakit (PKRS) dan Kesehatan Jiwa Masyarakat**

**1. Promosi Kesehatan Bagi Pasien, Keluarga Pasien SDM Rumah Sakit, Pengunjung Rumah Sakit, dan Masyarakat Sekitar Rumah Sakit**

<b>Judul</b>	<b>Promosi Kesehatan Bagi Pasien, Keluarga Pasien, SDM Rumah Sakit, Pengunjung Rumah Sakit, Dan Masyarakat Sekitar Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Terlaksananya promosi kesehatan bagi pasien, keluarga pasien, SDM rumah sakit, pengunjung rumah sakit, dan masyarakat sekitar rumah sakit
Definisi Operasional	Promosi kesehatan bagi pasien, keluarga pasien, sdm rumah sakit, pengunjung rumah sakit, dan masyarakat sekitar rumah sakit dilakukan minimal 1 kali dalam seminggu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	Jumlah pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah minggu dalam 1 bulan
Sumber	Data laporan bulanan
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi PKRS dan Keswamas

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah minggu dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

**XVIII. Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit**

**1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat**

Judul	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala IPSRS

$$\begin{aligned}
 \text{Cara Penghitungan} &= \frac{\text{Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan.}}{\text{Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan}} \times 100\%
 \end{aligned}$$

## 2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan ( <i>service</i> ) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber	Log book pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala IPSRS

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan}} \times 100\%$$

**3. Peralatan Laboratorium (dan Alat Ukur yang Lain) yang Terkalibrasi Tepat Waktu sesuai dengan Ketentuan Kalibrasi**

<b>Judul</b>	<b>Peralatan Laboratorium (dan Alat Ukur yang Lain) Yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai dengan Ketentuan Kalibrasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium dan layanan Kesehatan lainnya
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium dan alkes lainnya oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK) atau laboratorium kalibrasi lainnya yang berijin dan terakreditasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium dan alkes lainnya yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium dan alkes lainnya yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber	Buku laporan kalibrasi alat
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala IPSRS

$$\begin{array}{l}
 \text{Cara} \\
 \text{Penghitungan}
 \end{array}
 = \frac{\text{Jumlah seluruh alat laboratorium dan alkes lainnya yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun}}{\text{Jumlah alat laboratorium dan alkes lainnya yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

## XIX. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

### 1. Digitalisasi Layanan Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau

Judul	<b>Digitalisasi Layanan Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau</b>
Dimensi Mutu	Sistem Informasi Elektronik
Tujuan	Mengukur capaian pengembangan sistem informasi elektronik untuk optimalisasi pelayanan dan peningkatan integrasi unit (internal dan eksternal) di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau
Defenisi Operasional	Pembuatan Master Plan Sistem Informasi Elektronik, Analisa kebutuhan data yang berkaitan dalam pengembangan sistem informasi elektronik, Mengembangkan Aplikasi Klinis Rawat Jalan, Mengembangkan Aplikasi Registrasi, Mengembangkan Aplikasi Pengelolaan RME, Mengembangkan Aplikasi Laboratorium, Mengembangkan Aplikasi Gizi, Mengembangkan Aplikasi Radiologi, Mengembangkan Aplikasi Pengelolaan Aset, Mengembangkan Aplikasi Perpustakaan, Mengembangkan Aplikasi SITAMPAN Online, Mengembangkan Aplikasi Laundry, Mengembangkan Aplikasi CSSD, Mengembangkan Aplikasi Diklit, Mengembangkan Aplikasi SDM, Mengembangkan Aplikasi Dashboard, Mengembangkan Aplikasi Mobile Dokter, Mengembangkan Aplikasi Farmasi, Mengembangkan Aplikasi Kasir, Mengembangkan Aplikasi Keuangan, Mengembangkan Aplikasi Perencanaan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Tahun
Periode Analisa	1 Tahun
Numerator	Jumlah Rencana Pengembangan Sistem Informasi Elektronik yang telah selesai dikembangkan
Denominator	Jumlah Seluruh Rencana Pengembangan Sistem Informasi Elektronik
Sumber	Master plan SIMRS
Standar	90%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi SIMRS

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah Rencana Pengembangan Sistem Informasi Elektronik yang telah selesai dikembangkan}}{\text{Jumlah Seluruh Rencana Pengembangan Sistem Informasi Elektronik satu bulan}} \times 100\%$$

**2. Waktu Tanggap Terhadap Laporan Gangguan *Hardware*, *Software*, dan *Network* < 30 Menit**

<b>Judul</b>	<b>Waktu Tanggap Terhadap Laporan Gangguan <i>Hardware</i>, <i>Software</i>, dan <i>Network</i> &lt; 30 Menit</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	Mengukur capaian Efektivitas Kesenambungan Pelayanan untuk optimalisasi pelayanan dan peningkatan integrasi unit (internal dan eksternal) di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau
Defenisi Operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan oleh Instalasi SIMRS dalam merespon terhadap laporan gangguan hardware, software, dan network di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Tahun
Periode Analisa	1 Tahun
Numerator	Jumlah Gangguan <i>Hardware</i> , <i>Software</i> , dan <i>Network</i> yang ditanggapi < 30 menit dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah Seluruh Laporan Gangguan <i>Hardware</i> , <i>Software</i> , dan <i>Network</i> dalam 1 tahun
Sumber	Log book SIMRS
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi SIMRS

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah Gangguan *Hardware*, *Software*, dan *Network* yang ditanggapi < 30 menit dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah Seluruh Laporan Gangguan *Hardware*, *Software*, dan *Network* dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

## XX. Pengolahan Limbah

### 1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Defenisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : < 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : < 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) < 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Pengolahan Limbah, Kesling dan Taman

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair}} \times 100\%$$

## 2. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya sesuai dengan Aturan

Judul	<b>Pengolahan Limbah Padat Berbahaya sesuai dengan Aturan</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Defenisi Operasional	<p>Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sisa jarum suntik</li> <li>2. Sisa ampul</li> <li>3. Kasa bekas</li> <li>4. Sisa jaringan</li> </ol> <p>Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber	Manifest dan log book limbah B3
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Pengolahan Limbah, Kesling dan Taman

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati}}{\text{Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati}} \times 100\%$$

**XXI. Pelayanan Radiologi****1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax < 120 Menit**

<b>Judul</b>	<b>Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax &lt; 120 Menit</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, Berorientasi kepada pasien, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax adalah tenggang waktu mulai pasien selesai difoto oleh radiografer sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi oleh dokter spesialis radiologi pada saat jam kerja
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax pada saat jam kerja
Denominator	Jumlah pasien pelayanan foto thorax pada saat jam kerja
Sumber	Register instalasi radiologi
Standar	< 120 menit
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Radiologi

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax pada saat jam kerja}}{\text{Jumlah pasien pelayanan foto thorax pada saat jam kerja}}$$

**2. Dokter Spesialis Radiologi sebagai Pelaksana Ekspertise Hasil Pemeriksaan Rontgen**

Judul	Dokter Spesialis Radiologi sebagai Pelaksana Ekspertise Hasil Pemeriksaan Rontgen
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Defenisi Operasional	Pelaksana ekspertise rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantulkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen
Sumber	Log book hasil pemeriksaan radiologi
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Radiologi

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen}} \times 100\%$$

### 3. Ketepatan Identifikasi Pasien

Judul	Ketepatan Identifikasi Pasien
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terlaksananya ketepatan identifikasi pasien agar menjamin keselamatan pasien
Defenisi Operasional	Pengecekan identitas pasien meliputi nama, tgl. Lahir, No. MR, dan foto pasien sebelum melakukan pemeriksaan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah proses identifikasi pasien yang dilakukan secara benar dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pelayanan dalam 1 bulan
Sumber	Log book hasil pemeriksaan radiologi
Standar	100 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Radiologi

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah proses identifikasi pasien yang dilakukan secara benar dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pelayanan dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

#### 4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Untuk menjadi bahan evaluasi dan memberikan motivasi bagi staf instalasi radiologi agar dapat memberiksan pelayanan yang terbaik bagi pasien
Defenisi Operasional	Adanya pemantauan kepuasan pasien dlm mendapatkan pelayanan di instalasi laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien/keluarga pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei
Sumber	Data dari blanko kepuasan pelanggan
Standar	≥ 80 %
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Radiologi/Humas

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien/keluarga pasien yang disurvei}}{\text{Jumlah total pasien yang di survei}} \times 100\%$$

**XXII. Rehabilitasi Psikososial****1. Paket Pelayanan 12x bagi Pasien *Day Care***

Judul	<b>Paket Pelayanan 12x bagi Pasien <i>Day Care</i></b>
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Untuk memperbaiki dan meningkatkan kemampuan fungsionalnya
Definisi Operasional	Suatu rangkaian kegiatan yang diberikan kepada rehabilitan untuk dilatih mempertahankan dan meningkatkan kemampuan motorik dan kognitif sesuai dengan minatnya (12kali pertemuan)
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	Tahunan
Numerator	Jumlah pasien <i>day care</i> yang mengikuti paket pelayanan secara tuntas 12 kali
Denominator	Jumlah seluruh pasien <i>day care</i> yang harus mengikuti program kegiatan rehabilitasi 12 kali
Sumber	Data laporan bulanan
Standar	≥ 60 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Psikososial

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pasien } \textit{day care} \text{ yang mengikuti paket pelayanan secara tuntas 12 kali}}{\text{Jumlah seluruh pasien } \textit{day care} \text{ yang harus mengikuti program kegiatan rehabilitasi 12 kali}} \times 100\%$$

## 2. Tidak Ada Angka Kejadian Pasien Cidera

Judul	<b>Tidak Ada Angka Kejadian Pasien Cidera</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Untuk meminimalisir pasien cidera
Definisi Operasional	Kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan pasien cidera
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisa	Tahunan
Numerator	Jumlah pasien yang mengikuti program kegiatan rehabilitasi yang tidak mengalami cidera
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mengikuti program kegiatan rehabilitasi
Sumber	Data laporan bulanan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi Rehabilitasi Psikososial

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pasien yang mengikuti program kegiatan rehabilitasi yang tidak mengalami cidera}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang mengikuti program kegiatan rehabilitasi}} \times 100\%$$

**3. Kelengkapan Pengisian Asesmen setiap Pasien yang akan Mengikuti Kegiatan di Rehabilitasi Psikososial 24 Jam setelah Pelayanan**

Judul	Kelengkapan Pengisian Asesmen setiap Pasien yang akan Mengikuti Kegiatan di Rehabilitasi Psikososial 24 Jam setelah Pelayanan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Terlaksananya asesmen setiap pasien rehabilitasi psikososial 24 jam setelah selesai pelayanan
Defenisi Operasional	Asesmen rehabilitasi psikososial adalah pengkajian kondisi pasien yang dapat mengikuti kegiatan vokasi dan non vokasi di IRP 24 jam setelah pelayanan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan pengisian asesmen rehabilitasi psikososial
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di asesmen rehabilitasi psikososial
Sumber	RME
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi Rehabilitasi Psikososial

$$\text{Cara Penghitungan} = \frac{\text{Jumlah pasien yang dilakukan pengisian asesmen rehabilitasi psikososial}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang di asesmen rehabilitasi psikososial}} \times 100\%$$

Pj. GUBENRUR RIAU,

ttd.

RAJMAN HADI