



BUPATI GRESIK
PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI GRESIK
NOMOR 88 TAHUN 2025
TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GRESIK SEHATI DI KABUPATEN GRESIK

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI GRESIK,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu kepada masyarakat, perlu dibentuk standar pelayanan minimal pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Gresik Sehat di Kabupaten Gresik;
 - b. bahwa berdasarkan ketentuan dalam Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, standar pelayanan minimal diatur dengan Peraturan Kepala Daerah untuk menjamin ketersediaan, keterjangkuan, pemerataan, kesetaraan kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu membentuk Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Gresik Sehat di Kabupaten Gresik;

Mengingat :

1. Undang-Undang Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya dengan mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur dan Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat, dan Dalam Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah 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 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah 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);
6. 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);

7. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Nomor 4502), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Nomor 5340);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Nomor 6322);
10. 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);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1213);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 204);
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
14. Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kabupaten Gresik (Lembaran Daerah Kabupaten Gresik Tahun 2016 Nomor 18) sebagaimana telah diubah beberapakali terakhir dengan Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2021 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 12 Tahun 2016 tentang Pembentukan Perangkat Daerah Kabupaten Gresik (Lembaran Daerah Kabupaten Gresik Tahun 2021 Nomor 13);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GRESIK SEHATI DI KABUPATEN GRESIK.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Gresik.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Gresik.
3. Bupati adalah Bupati Gresik.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Gresik Sehati yang selanjutnya disebut RSUD Gresik Sehati adalah Rumah Sakit Umum Daerah Gresik Sehati Kabupaten Gresik.
6. Direktur RSUD adalah Direktur RSUD Gresik Sehati.
7. Pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif rehabilitatif, dan/atau paliatif.
8. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disebut BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.
9. BLUD RSUD Gresik Sehati adalah unit pelaksana teknis khusus pada Dinas Kesehatan yang menerapkan Badan Layanan Umum.
10. Standar Pelayanan Minimal BLUD yang selanjutnya disebut SPM BLUD adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib Daerah yang berhak diperoleh setiap masyarakat secara minimal dan juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh BLUD RSUD kepada masyarakat.

11. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses afektivitas, efisiensi, keselamatan, keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis, hubungan antar manusia serta ketepatan waktu berdasarkan standar World Health Organization.
12. Indikator SPM adalah tolok ukur prestasi yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencaian suatu SPM
13. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
14. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau 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.
15. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
16. Target atau nilai adalah ukuran mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
17. Definisi operasional adalah batasan pengertian yang menjadi pedoman dalam pelaksanaan suatu indikator.
18. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
19. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan
20. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
21. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
22. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

Pasal 2

- (1) RSUD Gresik Sehati dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan SPM BLUD Gresik Sehati sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) SPM BLUD RSUD Gresik Sehati sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Sehati terdiri atas:
 - a. jenis pelayanan;
 - b. indikator kinerja;
 - c. standar;
 - d. batas waktu pencapaian; dan
 - e. uraian.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan BLUD RSUD Gresik Sehati sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh pegawai yang mempunyai kualifikasi dan kompetensi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 3

SPM BLUD RSUD Gresik Sehati memenuhi persyaratan:

- a. fokus pada pelayanan, yakni mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi BLUD RSUD Gresik Sehati;
- b. terukur, yakni kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan;
- c. dapat dicapai, yakni kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya;
- d. relevan dan dapat diandalkan, yakni kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi BLUD RSUD Gresik Sehati; dan
- e. tepat waktu, yakni kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

BAB II

SISTEMATIKA

Pasal 4

- (1) Sistematika SPM BLUD RSUD Gresik Sehati dinarasikan terdiri atas:

- a. Bab I Pendahuluan, memuat Latar Belakang, Tujuan, Pengertian, Landasan Hukum, Perubahan SPM, Sistematika Penyajian, dan Cara Menyusun Dokumentasi SPM;
 - b. Bab II Standar Pelayanan Minimal, memuat Jenis Pelayanan, Prosedur Pelayanan, dan Standar Pelayanan Minimal RSUD Gresik Sehati;
 - c. Bab III Rencana Pencapaian SPM, memuat Rencana Kegiatan Pencapaian Kinerja SPM dan Strategi Pencapaian SPM; dan
 - d. Bab IV Penutup.
- (2) Uraian sistematika SPM BLUD RSUD Gresik Sehati sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 5

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Gresik
pada tanggal 5 Desember 2025
BUPATI GRESIK,

TTD.

FANDI AKHMAD YANI

Diundangkan di Gresik
pada tanggal 5 Desember 2025

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN GRESIK,

TTD.

ACHMAD WASHIL MIFTAHUL RACHMAN

BERITA DAERAH KABUPATEN GRESIK TAHUN 2025 NOMOR 89

LAMPIRAN

PERATURAN BUPATI GRESIK

NOMOR 88 TAHUN 2025

TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GRESIK SEHATI DI KABUPATEN GRESIK

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GRESIK SEHATI DI KABUPATEN GRESIK

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

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

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

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

Guna menjamin terlaksananya pelayanan kesehatan yang bermutu/dapat menjamin kepuasan pelanggan dan keamanan pasien harus, maka RSUD perlu mengembangkan Standar Pelayanan Minimal yang merupakan salah satu syarat administrasi RSUD BLUD dengan mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 2 tahun 2018 tentang

Standar Pelayanan Minimal, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Sebagai Badan Layanan Umum (BLU), diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan, meningkatkan efisiensi dan dapat memberikan aksesibilitas yang cukup baik kepada masyarakat. Pada akhirnya status rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum (BLU), dapat dimanfaatkan oleh masyarakat dalam memperoleh jasa layanan kesehatan yang lebih terjangkau, lebih baik dan lebih meningkatkan kesejahteraan bagi provider internal karena fleksibilitas pengelolaan rumah sakit menggunakan kaidah-kaidah bisnis yang sehat

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

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

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

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

1. Merupakan kewajiban bagi semua Pemerintah Daerah;
2. Hak setiap warga Negara untuk memperoleh Jenis Pelayanan Dasar yang ditetapkan oleh Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang SPM;
3. Sebagai bagian dari Alat ukur kinerja Kepala Daerah;
4. Semua Daerah melaksanakan Jenis Pelayanan Dasar yang sama;
5. Kaitannya dengan Rumah Sakit, adalah bahwa melalui Rumah Sakit, Kepala Daerah menjalankan kewajibannya menyediakan Pelayanan Dasar Kesehatan SPM Kesehatan, masing-masing Rumah Sakit sesuai kemampuan Rumah Sakit melayani Jenis Pelayanan Dasar yang ditetapkan oleh Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018, sedangkan secara keseluruhan Rumah Sakit di Daerah tersebut melalui Rumah Sakit-Rumah Sakit tersebut harus mampu melayani seluruh Jenis Pelayanan Dasar yang ditetapkan dalam Peraturan Pemerintah dimaksud;
6. Terbatas Jenis Pelayanan Dasar yang ditetapkan oleh Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018;
7. Pelaksanaan SPM Kesehatan dievaluasi secara nasional dan dapat dilakukan perubahan jika dinilai perlu diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah;
8. Diutamakan untuk pelayanan Preventif promotif, sebagaimana dirumuskan dalam Standar Teknis, yang dibuat oleh Kementerian Teknis mengikuti perintah Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018, dalam hal ini yang diatur lebih lanjut dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada SPM Bidang Kesehatan;
9. Dapat berbeda antar Rumah Sakit tergantung kondisi, karakteristik, cakupan layanan masing-masing Rumah Sakit;
10. Tidak terbatas pada pelayanan kesehatan, dapat melakukan pelayanan lain yang secara jelas dapat disediakan oleh Rumah Sakit, dan dibutuhkan oleh konsumen Rumah Sakit (masyarakat, pasien termasuk keluarganya) sebagai pendukung layanan utamanya;

11. Termasuk JPD SPM Kesehatan sesuai kemampuan, berakibat akan dilakukan penyesuaian SPM Kesehatan, maka dilakukan penyesuaian SPM Rumah Sakit BLUD;
12. Dapat dilakukan Perubahan SPM Rumah Sakit BLUD ketika dinilai perlu untuk masing-masing Rumah Sakit, terutama ketika Rencana Pengembangan Pelayanan Rumah Sakit BLUD yang tertera dalam Renstra Rumah Sakit BLUD telah dapat direalisasikan dan menjadi layanan rutin, maka layanan itu bisa dijadikan SPM Rumah Sakit BLUD;
13. Ditetapkan oleh Kepala Daerah melalui Peraturan Kepala Daerah meliputi pelayanan kesehatan komprehensif sesuai Tugas dan Fungsi (Tusi) Rumah Sakit, bahkan dapat mencakup pelayanan non-kesehatan.

B. TUJUAN

Adapun tujuan disusunnya Standar Pelayanan Minimal adalah sebagai berikut:

1. Sebagai pedoman bagi Rumah Sakit dalam penyelenggaraan layanan kepada masyarakat.
2. Terjaminnya hak masyarakat dalam menerima suatu layanan.
3. Dapat digunakan sebagai alat untuk menentukan alokasi anggaran yang dibutuhkan.
4. Alat Akuntabilitas Rumah Sakit dalam penyelenggaraan layanannya.
5. Mendorong terwujudnya checks and balance.
6. Terciptanya transparansi dan partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan Rumah Sakit.
7. Terlaksananya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan Rumah Sakit yang bermutu dan terjangkau;
8. Terlaksananya kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan yang sesuai standar berbasis profesionalisme dengan tetap mengedepankan masalah aksesibilitas masyarakat; dan
9. Terlaksananya pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar sesuai dengan tuntutan masyarakat di wilayah cakupannya.

C. PENGERTIAN

Rumah Sakit Umum Daerah Gresik Sehati merupakan sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kurative dan rehabilitasi yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

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

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

D. LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik ;
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum yang telah diubah kedua kalinya dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitian;
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri) Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah;
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 tahun 2018 Tentang Badan Layanan Umum Daerah;

10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit ;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
14. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor KEP/25/M.PAN/2/2012 Tentang Pelayanan Publik;
15. Peraturan Bupati Gresik Nomor 17 Tahun 2024 Tentang Pembentukan Rumah Sakit Umum Daerah Gresik Sehati Kabupaten Gresik Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus;
16. Peraturan Bupati Gresik Nomor 66 Tahun 2024 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Umum Daerah Gresik Sehati Kabupaten Gresik.

E. PERUBAHAN SPM

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

F. SISTEMATIKA PENYAJIAN

Sistematika penyajian Dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Umum Daerah Gresik Sehati adalah sebagai berikut:

Bab I : PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Tujuan
- C. Pengertian
- D. Landasan Hukum
- E. Perubahan SPM
- F. Sistematika Penyajian
- G. Cara Menyusun Dokumentasi SPM

Bab II : STANDAR PELAYANAN MINIMAL

- A. Jenis Pelayanan
- B. Prosedur Pelayanan
- C. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Bab III : RENCANA PENCAPAIAN SPM.

- A. Rencana Kegiatan Pencapaian Kinerja SPM
- B. Strategi Pencapaian SPM

Bab IV : PENUTUP

Lampiran

G. CARA MENYUSUN DOKUMEN SPM RUMAH SAKIT BLUD

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

- b. Kelengkapan jenis pelayanan sesuai dengan SPM yang diberlakukan di Rumah Sakit.
- c. Keterkaitan yang kuat antara SPM dengan Renstra RSUD Gresik Sehati dan Anggaran Tahunan.
- d. Pengesahan SPM oleh Kepala Daerah melalui Peraturan Kepala Daerah.

Seluruh unsur diatas dapat dipahami dalam kebijakan Penyelenggaraan Rumah. Tim Rumah Sakit yang menyusun dan menyiapkan rancangan Renstra Rumah Sakit perlu memahami kebijakan ini dan mengikuti pedoman tersebut.

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

BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. JENIS PELAYANAN

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Peraturan Bupati Gresik Nomor 17 Tahun 2024 Tentang Pembentukan Rumah Sakit Umum Daerah Gresik Sehati Kabupaten Gresik Sebagai Unit Organisasi Bersifat Khusus, dan Keputusan Direktur Nomor 188.4/01/437.52.37/KP/2025 tentang Penetapan Jenis Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Gresik Sehati Kabupaten Gresik, maka ditetapkan jenis-jenis pelayanan kesehatan yang dapat diberikan, diantaranya:

1. pelayanan gawat darurat;
2. pelayanan rawat jalan;
3. pelayanan rawat inap;
4. pelayanan bedah;
5. pelayanan persalinan, perinatologi
6. Pelayanan intensif;
7. Pencegahan pengendalian infeksi
8. pelayanan radiologi;
9. pelayanan laboratorium klinik;
10. pelayanan Farmasi;
11. pelayanan gizi;
12. pelayanan transfusi darah;
13. pelayanan rekam medis;
14. pelayanan pengelolaan limbah;
15. pelayanan ambulance / jenazah;
16. Pelayanan pemulasaran jenazah
17. Pelayanan laundry;
18. pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit;
19. pelayanan administrasi dan manajemen;

Saat ini, RSUD Gresik Sehati belum menyelenggarakan pelayanan rehabilitasi medik karena belum tersedia sarana, prasarana, dan sumber daya manusia yang memadai. Selain itu, pelayanan bagi keluarga miskin (Gakin) telah dialihkan dan disesuaikan dengan kebijakan terbaru melalui program Universal Health Coverage (UHC), sehingga mekanisme pembiayaan dan akses layanan mengikuti ketentuan yang berlaku dalam program tersebut

B. PROSEDUR PELAYANAN

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

SOP merupakan serangkaian instruksi tertulis yang dibakukan mengenai berbagai proses penyelenggaraan aktivitas. Tujuan penyusunan Standar Operasional Prosedur di Rumah Sakit adalah agar berbagai proses kerja rutin terlaksana dengan efisien, efektif, konsisten/seragam dan aman dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan melalui pemenuhan standar yang berlaku.

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

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

C. STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Umum Daerah Gresik Sehati mengacu kepada Standar Pelayanan Minimal yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Tabel 1. Indikator Standar Pelayanan Minimal RSUD Gresik Sehati

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Lingkup Pelayanan Medis dan Keperawatan			
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani Live saving anak dan Dewasa	100%
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam
		3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat Yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%
		4. Ketersediaan tim Penanggulangan bencana	Satu tim

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		5. Waktu tanggap pelayanan IGD \leq 5 menit	\leq 5 menit terlayani setelah pasien datang
		6. Kepuasan pelanggan Terhadap pelayanan gawat darurat	\geq 70 %
		7. Kematian pasien < 24 jam	\leq 2/1000 (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
		8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%
2.	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis
		2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan	a. Poli anak b. Poli Penyakit Dalam c. Poli Kebidanan d. Poli Bedah
		3. Ketepatan waktu Pelayanan dokter spesialis sesuai dengan jam buka pelayanan	07.00 s/d 14.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat: 07.00-11.00
		4. Waktu tunggu di rawat jalan	\leq 60 menit
		5. Kepuasan pelanggan pelayanan rawat jalan	\geq 90%
		6. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%
3.	Rawat Inap	1. Pemberi pelayan di Rawat Inap	1. dr.umum / dr. Spesialis Perawat 2. minimal pendidikan D3
		2. Dokter penanggung jawab Pasien rawat inap	100%

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah
		4. Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja
		5. Kejadian infeksi pasca Operasi	≤ 1,5 %
		6. Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %
		7. Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang Berakibat kecacatan / Kematian	100
		8. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %
		9. Kejadian pulang paksa	≤ 5 %
		10. Kepuasan pelanggan pelayanan rawat inap	≥ 90 %
		11. Rawap Inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan Mikroskopis TB b. Terlaksana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	a. ≥ 60% b. ≥ 60%
4.	Bedah Sentral (Bedah Saja)	1. Waktu tunggu operasi Elektif	≤ 2 hari
		2. Kejadian kematian di meja Operasi	≤ 1 %
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %
		4. Tidak adanya kejadian Operasi salah orang	100 %
		5. Tidak adanya kejadian 6. salah tindakan pada operasi	100 %

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		7. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100
		8. Komplikasi anestesi Karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	≤ 6 %
5.	Persalinan, peritanologi	1. Kejadian kematin ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1% b. Pre-eklamsia ≤30% c. Sepsis ≤ 0,2 %
		2. Pemberian pelayanan Persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)
		3. Pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A b. c. Dokter Sp.An
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100 %
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %
		7. Keluarga Berencana a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr. Umum terlatih b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap Bidan terlatih	100 %

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		8. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
6.	Intensif	1. Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani 100% b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/setara (D4)
7.	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %
		2. Tersedia APD di setiap instalasi/ unit	60 %
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAIs (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75 %
Lingkup Pelayanan Penunjang			
8.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam
		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.Rad
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
9.	Laboratorium Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin
		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	100 %
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
		5. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
10.	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Racikan	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit
		2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pernberian obat	100 %
		3. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
		4. Penulisan resep sesuai formularium	100 %
11.	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada Pasien	≥ 90 %
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh Pasien	≤ 20 %
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%
12.	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % terpenuhi
		2. Kejadian Reaksi transfusi	≤ 0,01 %
13.	Rekam Medis	1. Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %
		2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	≤ 15 menit

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
14	Pelayanan Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%
15.	Ambulance / Kereta Jenazah	1. Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah	24 am
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit	≤ 230 menit
		3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	24 Jam
16.	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam
17.	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%
		2. Ketepatan waktu Penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%
18.	Pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80%
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
Lingkup Pelayanan Administrasi dan Manajemen			
19.	Pelayanan Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
		2. Kelengkapan laporan akun tabilitas kinerja	100%
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %
		6. Petugas Keamanan bersertifikat	100%
		7. Sistem Pengamanan (Sistem pengamanan adalah kebijakan direktur rumah sakit yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang Diidentifikasi rawat keamanan)	Ada/ Tidak Ada
		8. Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling RS	100%
		9. Laporan gangguan keamanan yang ditindaklanjuti	100%
		10. Cost recovery	≥ 40 %
		11. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		12. kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 12 jam

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		13. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%

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

RSUD Gresik Sehati melakukan penyesuaian indikator dengan pelayanan Rumah Sakit tipe C berdasarkan Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Nomor: 503.2.11/1/437.74/2024 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Daerah Gresik Sehati Kelas C. Oleh karena itu, berdasarkan Keputusan Direktur Nomor : 188/077/437.52.36/KP/2025 Tentang Indikator Mutu Unit RSUD Gresik Sehati, terdapat 91 indikator SPM untuk RSUD Gresik Sehati sebagai berikut :

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1) Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

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

2) Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

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

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

4) Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di Rumah Sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di Rumah Sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat atau Tim Mutu atau Panitia Mutu

5) Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat ≤ 5 menit

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat ≤ 5 menit
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawat daruratan yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dilakukan triage di IGD sampai mendapat pelayanan dokter. Triage adalah usaha pemilahan pasien sebelum ditangani berdasarkan tingkat kegawatdaruratan atau trauma atau penyakit dengan mempertimbangkan prioritas penanganan dan sumber daya yang ada
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien gawat dan atau darurat yang mendapat pelayanan dalam waktu ≤ 5 menit

Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat dan atau darurat yang mendapat pelayanan kegawat daruratan di IGD
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

6) Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal n = 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 70 %
Penanggung Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

7) Kematian Pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
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 (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)

Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8) Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

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

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1) Pemberi pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis

Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk Rumah Sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

2) Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di Rumah Sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk Rumah Sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari Rumah Sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan

Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

3) Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialisik pada hari kerja di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialisik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialisik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

4) Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialisik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

5) Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiga bulan sekali (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan /tim mutu/panitia mutu

6) Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
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 tuberculosi dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosi nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosi harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosi, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosi yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosi nasional, dan semua pasien yang
	yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiap tiga bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosi yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosi yang ditangani di Rumah Sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1) Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat dan bidan minimal D3 dan memiliki STR
Frekuensi	6 bulan (di minggu ke empat)
Pengumpulan Data	
Periode Analisa	6 bulan (di minggu pertama bulan selanjutnya)

Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat dan bidan minimal D3 dan memiliki STR
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

2) Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

3) Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit yang diberikan tirah baring di Rumah Sakit.

Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (di minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali Rumah Sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi Rumah Sakit tsb)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

4) 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 setiaphari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Setiap tiga bulan (di minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

5) 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	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Setiap bulan (di minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di operasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

6) Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial Rumah Sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di Rumah Sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan (minggu ke empat)
Periode Analisa	Setiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	PPI, Kepala Rawat Inap

7) 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	Setiap bulan (minggu ke empat)
Periode Analisa	Setiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

8) Kematian Pasien

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
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 (minggu ke empat)
Periode Analisa	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan

Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 0,24 \% \leq 2,4/1000$ (internasional) (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

9) 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 (minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

10) Kepuasan pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
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 (di minggu ke empat)
Periode Analisa	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)

Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

11) Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan (di minggu ke empat)
Periode Analisa	Tiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
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 Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

IV. BEDAH SENTRAL

1) Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan (diminggu ke empat)
Periode Analisa	tiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral

2) Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan (di minggu ke empat) dan sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya) dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan

Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

3) Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian Instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat) dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya) dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

4) Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat) dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya) dan sentinel event

Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

5) Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat) dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya) dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan

Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat) dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya) dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan (di minggu ke empat) dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya) dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

V. PERSALINAN PERINATOLOGI

1) Kejadian Kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan Rumah Sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p>
	<p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p> <p>Partus lama adalah fase laten lebih dari 8 jam dengan persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih bayi belum lahir, ditandai dengan dilatasi serviks dikanan garis waspada pada persalinan fase aktif.</p>
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	Setiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, partus lama dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, partus lama dan sepsis.
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan < 1% pre-eklampsia < 30%, sepsis < 0,2%, partus lama < 1 %
Penanggung jawab	Komite medik

2) Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

3) Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Komite mutu

4) Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp,OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

5) Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

6) Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di Rumah Sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien.

Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab	Komite mutu

7) a. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB Rumah Sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

b. Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

8) Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
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 (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)

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 data	Rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Komite mudik/mutu

2) 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.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

VII. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1) Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI

Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	Tiap 1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

2) Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan (di minggu ke empat)
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di Rumah Sakit
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI

3) Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan (di minggu ke empat)

Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

Keterangan :

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonia

ISK : Infeksi Saluran Kemih

VIII. RADIOLOGI

1) Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber data	rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

2) Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

3) Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	< 2 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Radiologi

4) Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

IX. LABORATORIUM KLINIK

1) Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survei
Standar	< 140 menit (manual)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2) Pelaksaaan ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium

Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

3) Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

4) Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

X. FARMASI

1) Waktu tunggu pelayanan obat

a. Waktu tunggu 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
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<30 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

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
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<60 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2) Tidak adanya kejadian kesalahan pemberi 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 : <ol style="list-style-type: none"> 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

3) Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

4) Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di Rumah Sakit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	100%

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi
------------------	--------------------------

XI. GIZI

1) Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	>90%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2) Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi Rumah Sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	>20%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3) Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

XII. TRANSFUSI DARAH

1) Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

2) Kejadian reaksi transfuse

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan

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

XIII. REKAM MEDIK

- 1) Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

2) Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

3) Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	Tiap 3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).

Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata < 10 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

4) Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	Tiap 3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

XIV. 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
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair Rumah Sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

2) Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di Rumah Sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPSRS / Kepala K3 RS

XV. AMBULANS/KERETA JENAZAH

1) Waktu pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses

Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	Setiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab	Bagian penunjang non medis

2) Kecepatan memberikan pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah di Rumah Sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di Rumah Sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian penunjang non medis

3) Response time pelayanan Ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan

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

XVI. PEMULASARAN JENAZAH

1) Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

XVII. PELAYANAN LAUNDRY

1) Tidak adanya kejadian linen hilang

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

2) Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	1 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

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

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 (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

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

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

Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun (di minggu ke empat)
Periode analisis	1 tahun (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

XIX. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1) Tindak lanjut penyelesaian hasil tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di Rumah Sakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

2) Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi

Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi Rumah Sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban Rumah Sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis Rumah Sakit dan indikator- indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 tahun (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur

3) Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun (di minggu ke empat)
Periode analisis	1 tahun (minggu pertama di bulan selanjutnya)

Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

4) Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun (di minggu ke empat)
Periode analisis	1 tahun (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

5) Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di Rumah Sakit ataupun di luar Rumah Sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.

Frekuensi pengumpulan data	1 tahun (di minggu ke empat)
Periode analisis	1 tahun (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di Rumah Sakit
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>60%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

6) Cost Recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di Rumah Sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>40%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

7) Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan Rumah Sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)

Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

8) Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	Setiap tiga bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

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

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektivitas,
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan.
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap 6 bulan (di minggu ke empat)

Periode analisis	Setiap 6 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

Masukan Tentang Penatalaksanaan Tuberculosis (Tb) Di Rumah Sakit

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1.	Rawat jalan	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	60% 60%
2.	Rawat Inap	c. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB d. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	60% 60%

A. RAWAT JALAN

1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan
------------------	------------------------------

2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

B. RAWAT INAP

1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti T melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat inap

2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas

Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan (di minggu ke empat)
Periode analisis	3 bulan (minggu pertama di bulan selanjutnya)
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

BAB III
RENCANA PENCAPAIAN SPM

A. RENCANA PENCAPAIAN INDIKATOR SPM

Jadwal rencana pencapaian indikator SPM dibuat berdasarkan dokumen Rencana Strategis Dinas Kesehatan Gresik Sehat tahun 2025-2027 untuk mencapai target sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

Tabel 2. Rencana Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Gresik Sehat

No	Indikator	2025	2026	2027	2028	2029
1	Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa	60%	80 %	90 %	90 %	90 %
2	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 Jam	24 jam	24 jam	24 jam
3	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GE LS/A LS	75%	100%	100 %	100 %	100 %
4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim
5	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 4 per seribu	≤ 2 per seribu	≤ 2 per seribu	≤ 2 per seribu	≤ 2 per seribu
6	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat	78%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
7	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat	≤ dua perseribu	≤ dua perseribu	≤ dua perseribu	≤ dua perseribu	≤ dua perseribu
8	Tidak adanya Keharusan untuk Membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%

No	Indikator	2025	2026	2027	2028	2029
9	Pemberi pelayanan di klinik spesialis	100%	100%	100%	100%	100%
10	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	Anak, Penyakit Dalam, Bedah, Kebidanan	Anak, Penyakit Dalam, Bedah, Kebidanan THT, Mata, Gigi	Anak, Penyakit Dalam, Bedah, Kebidanan THT, Mata, Gigi, Jantung, Paru	Anak, Penyakit Dalam, Bedah, Kebidanan THT, Mata, Gigi, Jantung Ortoi pedi, Paru	Anak, Penyakit Dalam, Bedah, Kebidanan THT, Mata, Gigi, Jantung, Ortoi pedi, Paru
11	Buka pelayanan sesuai ketentuan	70%	90%	100%	100%	100%
12	Waktu tunggu	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit
13	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %
14	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	80%	90%	90%	90%	90%
15	Pemberi pelayanan rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%
16	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%

No	Indikator	2025	2026	2027	2028	2029
17	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	Anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah.	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah.	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah.
18	Jam visite dokter spesialis	90%	90%	100%	100%	100%
19	Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%
20	Angka kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%
21	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	100%	100%	100%	100%
22	Kematian Pasien > 48 Jam	0,70 %	0,70 %	≤ 0,24%	≤ 0,24%	≤ 0,24%
23	Kejadian pulang paksa	5%	5%	≤ 4%	≤ 4%	≤ 4%
24	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap	79,44%	≥90%	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %
25	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS	75%	75%	100%	100%	100%

No	Indikator	2025	2026	2027	2028	2029
26	Waktu tunggu operasi elektif	2 hari	2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari
27	Kejadian kematian dimeja operasi	0%	0%	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %
28	Tidak adanya Kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%
29	Tidak adanya Kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%
30	Tidak adanya Kejadian salah Tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%
31	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%
32	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube	0%	0%	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %
33	Kejadian kematian ibu karena persalinan	Pendarahan < 1% pre-eklampsia <30%, sepsis <0,2%, partus lama <1%	Pendarahan < 1% pre-eklampsia <30%, sepsis <0,2%, partus lama <1%	Pendarahan < 1% pre-eklampsia <30%, sepsis <0,2%, partus lama <1%	Pendarahan < 1% pre-eklampsia <30%, sepsis <0,2%, partus lama <1%	Pendarahan < 1% pre-eklampsia <30%, sepsis <0,2%, partus lama <1%

No	Indikator	2025	2026	2027	2028	2029
34	Pemberi pelayanan persalinan normal	100%	100%	100%	100%	100%
35	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
36	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100%	100%	100%	100%	100%
37	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	20%	19%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%
38	Keluarga Berencana Mantap	50%	70%	100%	100%	100%
39	Konseling KB Mantap	50%	70%	100%	100%	100%
40	Kepuasan Pelanggan KB Mantap	79,44%	79,44%	>80%	>80%	>80%
41	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	0%	0%	< 3%	< 3%	< 3%
42	Pemberi pelayanan unit intensif	50%	80%	100%	100%	100%
43	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih	60%	60%	75%	75%	75%
44	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)	84%	84%	84%	84%	84%

No	Indikator	2025	2026	2027	2028	2029
45	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit	74%	74%	74%	74%	74%
46	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	< 3 jam	< 3 jam	< 3 jam	< 3 jam	< 3 jam
47	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan	100%	100%	100%	100%	100%
48	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	7%	2%	< 2 %	< 2 %	< 2 %
49	Kepuasan pelanggan Radiologi	50%	70%	> 80 %	> 80 %	> 80 %
50	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	120mnt	120mnt	120mnt	120mnt	120mnt
51	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan	100%	100%	100%	100%	100%
52	Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%
53	Kepuasan pelanggan laboratorium	50%	70%	> 80 %	> 80 %	> 80 %
54	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit
55	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit
56	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%
57	Kepuasan Pelanggan Farmasi	75%	100%	100%	100%	100%

No	Indikator	2025	2026	2027	2028	2029
58	Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%
59	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	60%	80%	>90%	>90%	>90%
60	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%
61	Tidak adanya Kesalahan dalam pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%
62	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100%	100%	100%	100%
63	Kejadian reaksi transfusi	<0,01%	<0,01%	<0,01%	<0,01%	<0,01 %
64	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%
65	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	75%	90%	100%	100%	100%
66	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	10 menit	8 menit	< 10 menit	< 10 menit	< 10 menit
67	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	10 menit	8 menit	< 15 menit	< 15 menit	< 15 menit
68	Baku mutu limbah cair	100%	100%	100%	100%	100%

No	Indikator	2025	2026	2027	2028	2029
69	Pengolahan limbah padat berbahaya Sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%
70	Waktu pelayanan ambulance/ke reta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
71	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ke reta jenazah di Rumah Sakit	100%	100%	100%	100%	100%
72	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	100%	100%	100%	100%	100%
73	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam
74	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%
75	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	70%	85%	100%	100%	100%
76	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	75%	75%	75%	75%	75%
77	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	50%	50%	50%	50%	50%

No	Indikator	2025	2026	2027	2028	2029
78	Peralatan Laboratorium(dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.	50%	50%	50%	50%	50%
79	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	100%	100%	100%	100%
80	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%
81	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	
82	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%
83	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	20%	25%	>60%	>60%	>60%
84	Cost Recovery	15%	25%	>40%	>40%	>40%
85	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%
86	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	2 Jam	1 jam	< 2 jam	< 2 jam	< 2 jam

No	Indikator	2025	2026	2027	2028	2029
87	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%
88	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	>60%	>60%	>60%	>60%	>60%
89	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS	>60%	>60%	>60%	>60%	>60%
90	Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	>60%	>60%	>60%	>60%	>60%
91	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS	>60%	>60%	>60%	>60%	>60%

B. STRATEGI PENCAPAIAN SPM BERDASARKAN RENCANA STRATEGIS

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

C. RENCANA ANGGARAN BIAYA

Tabel 3. Rencana Anggaran Biaya Berdasarkan Jenis Pelayanan Dasar

NO	JENIS LAYANAN DASAR	TAHUN (Rp)				
		2025	2026	2027	2028	2029
1.	Gawat Darurat	332.587.050,32	915.592.312,80	965.551.544,08	1.019.738.498,48	1.078.366.428,32
2.	Rawat Jalan	207.866.906,45	572.245.195,50	603.469.715,05	637.336.561,55	673.979.017,70
3.	Rawat Inap	374.160.431,60	1.030.041.351,90	1.086.245.487,09	1.147.205.810,79	1.213.162.231,86
4.	Bedah	291.013.669,03	801.143.273,70	844.857.601,07	892.271.186,17	943.570.624,78
5.	Persalinan, perinatalogi	124.720.143,87	343.347.117,30	362.081.829,03	382.401.936,93	404.387.410,62
6.	Intensif	166.293.525,16	457.796.156,40	482.775.772,04	509.869.249,24	539.183.214,16
7.	Pencegahan pengendalian infeksi	124.720.143,87	343.347.117,30	362.081.829,03	382.401.936,93	404.387.410,62
8.	Radiologi	207.866.906,45	572.245.195,50	603.469.715,05	637.336.561,55	673.979.017,70
9.	Laboratorium klinik	291.013.669,03	801.143.273,70	844.857.601,07	892.271.186,17	943.570.624,78
10.	Farmasi	291.013.669,03	801.143.273,70	844.857.601,07	892.271.186,17	943.570.624,78
11.	Gizi	374.160.431,60	1.030.041.351,90	1.086.245.487,09	1.147.205.810,79	1.213.162.231,86
12.	Transfusi darah	41.573.381,29	114.449.039,10	120.693.943,01	127.467.312,31	134.795.803,54
13.	Rekam Medis	83.146.762,58	228.898.078,20	241.387.886,02	254.934.624,62	269.591.607,08
14.	Pengelolaan Limbah	124.720.143,87	343.347.117,30	362.081.829,03	382.401.936,93	404.387.410,62
15.	Ambulance / Kereta Jenazah	83.146.762,58	228.898.078,20	241.387.886,02	254.934.624,62	269.591.607,08
16.	Pemulasaran Jenazah	124.720.143,87	343.347.117,30	362.081.829,03	382.401.936,93	404.387.410,62
17.	Laundry	166.293.525,16	457.796.156,40	482.775.772,04	509.869.249,24	539.183.214,16
18.	Pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit	332.587.050,32	915.592.312,80	965.551.544,08	1.019.738.498,48	1.078.366.428,32
19.	Administrasi dan manajemen	415.733.812,89	1.144.490.391,00	1.206.939.430,10	1.274.673.123,10	1.347.958.035,40
JUMLAH		4.157.338.128,94	11.444.903.910,00	12.069.394.301,00	12.746.731.231,00	13.479.580.354,00

Rencana Anggaran Biaya (RAB) yang tercantum pada Tabel 3 bersumber sepenuhnya dari pendapatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Pendapatan tersebut dialokasikan untuk mendukung pelaksanaan program sesuai dengan rencana kerja yang telah ditetapkan, sehingga penggunaan anggaran dapat dipertanggungjawabkan secara transparan dan akuntabel.

BAB V

PENUTUP

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

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

BUPATI GRESIK,

TTD.

FANDI AKHMAD YANI