



SALINAN

BUPATI SEMARANG
PERATURAN BUPATI SEMARANG
NOMOR 43 TAHUN 2011
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AMBARAWA
KABUPATEN SEMARANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SEMARANG,

- Menimbang :**
- a. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 2 Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457 / MENKES / SK / X / 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten / Kota ditegaskan bahwa Kabupaten / Kota menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal ;
 - b. bahwa akuntabilitas kinerja pelayanan harus dapat ditunjukkan dengan adanya standar pelayanan minimal bidang kesehatan yang harus disediakan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa Kabupaten Semarang dan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan , serta indikator – indikator dan target pencapaian kinerja yang ditetapkan sebagai Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan ;
 - c. bahwa dengan belum tersedianya indikator – indikator kinerja pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa Kabupaten Semarang , sebagai dasar untuk menilai kinerja pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa Kabupaten Semarang kepada masyarakat , maka dipandang perlu disusun Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa Kabupaten Semarang ;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu ditetapkan dengan Peraturan Bupati Semarang tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa Kabupaten Semarang ;

- Mengingat :
1. Undang – Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah – daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
 2. Undang – Undang Nomor 67 Tahun 1958 tentang Perubahan Batas – batas Wilayah Kotapraja Salatiga Dan Daerah Swatantra Tingkat II Semarang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 118, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1652);
 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 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
 5. Undang – Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang – undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4389);
 6. Undang – Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan Dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
 7. Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
 8. Undang – Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437); sebagaimana telah beberap kali diubah terakhir dengan Undang – Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
 9. Undang – Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintahan Pusat Dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
 10. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

11. Peraturan Pemerintah Nomor 16 Tahun 1976 tentang Perluasan Kotamadya Daerah Tingkat II Semarang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1976 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3079);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1992 tentang Perubahan Batas Wilayah. Kotamadya Daerah Tingkat II Salatiga Dan Kabupaten Daerah Tingkat II Semarang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3500);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal . (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan Dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 3 Tahun 2007 tentang Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah Kepada Pemerintah, Laporan Keterangan Pertanggung jawaban Kepala Daerah Dan Informasi Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah Kepada Masyarakat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4693);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten / Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
18. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);

19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal ;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228 / MENKES / SK / III / 2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457 / MENKES / SK / X / 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten / Kota;
23. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 61 / MENKES / SK / I / 2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Propinsi , Kabupaten / Kota Dan Rumah Sakit;
25. Peraturan Daerah Kabupaten Semarang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Pokok – pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Semarang Tahun 2008 Nomor 14, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Semarang Nomor 13);
26. Peraturan Daerah Kabupaten Semarang Nomor 19 Tahun 2008 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, Inspektorat, Lembaga Teknis Daerah dan Kantor Pelayanan Perizinan Terpadu Kabupaten Semarang (Lembaran Daerah Kabupaten Semarang Tahun 2008 Nomor 19, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Semarang Nomor 17);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI SEMARANG TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AMBARAWA KABUPATEN SEMARANG.**

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Semarang.
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh Pemerintah Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas – luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang – Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
4. Bupati Semarang yang selanjutnya disebut Bupati adalah Kepala Daerah Kabupaten Semarang.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa Kabupaten Semarang yang selanjutnya disebut RSUD Ambarawa adalah Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa Kabupaten Semarang.
6. Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa Kabupaten Semarang yang selanjutnya disebut Direktur RSUD Ambarawa adalah Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa Kabupaten Semarang.
7. Pelayanan Kesehatan adalah kegiatan – kegiatan fungsional yang dilakukan oleh RSUD Ambarawa yang ditujukan kepada pasien untuk mendapat kesempurnaan diagnosa, pemulihan kesehatan dari sakit serta akibatnya dan mencegah penyakit serta meningkatkan kesehatan.
8. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
9. Indikator Standar Pelayanan Minimal adalah tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian Standar Pelayanan Minimal, berupa masukan , proses, keluaran, hasil dan / atau manfaat pelayanan dasar.
10. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di RSUD Ambarawa adalah tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh RSUD Ambarawa.
11. Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan dasar masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi, dan pemerintahan.

BAB II
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN
DI RSUD AMBARAWA

Pasal 2

- (1) RSUD Ambarawa menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) di RSUD Ambarawa sebagaimana tercantum dalam Lampiran Peraturan Bupati ini yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini, meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target.

BAB III
PENGORGANISASIAN

Pasal 3

- (1) RSUD Ambarawa bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara operasional dilaksanakan oleh semua pemberi pelayanan bidang kesehatan di RSUD Ambarawa dengan berpedoman pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di RSUD Ambarawa.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 4

- (1) Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan, merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing – masing Bidang Pelayanan.
- (2) Sumber pembiayaan pelaksanaan pelayanan kesehatan di RSUD Ambarawa untuk pencapaian target sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal seluruhnya dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Semarang pada RSUD Ambarawa.
- (3) Pembiayaan pelaksanaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) didasarkan pada Standar Operasional Prosedur yang berlaku.

BAB V
PEMBINAAN

Pasal 5

- (1) Dalam melaksanakan penyelenggaraan kesehatan di RSUD Ambarawa sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal difasilitasi oleh Pemerintah Daerah.
- (2) Fasilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan yang meliputi :
 - a. perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal;
 - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target Standar Pelayanan Minimal;
 - c. penilaian pengukuran kerja;
 - d. penyusunan laporan kinerja dalam penyelenggaraan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI
PENGAWASAN

Pasal 6

- (1) Direktur RSUD Ambarawa melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUD Ambarawa sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Direktur RSUD Ambarawa menyampaikan laporan kinerja pelayanan RSUD Ambarawa sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal kepada Bupati.

Pasal 7

Bupati melaksanakan evaluasi penyelenggaraan pelayanan RSUD Ambarawa sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 8

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Semarang Nomor 29 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa Kabupaten Semarang (Berita Daerah Kabupaten Semarang Tahun 2008 Nomor 32) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 9

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Ungaran

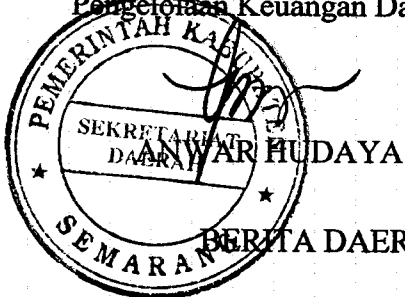
pada tanggal 08 - 03 - 2011

BUPATI SEMARANG,



Diundangkan di Ungaran
pada tanggal 09 - 03 - 2011

Pt. SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN SEMARANG
Kepala Dinas Pendapatan dan
Pengelolaan Keuangan Daerah



BERITA DAERAH KABUPATEN SEMARANG TAHUN 2011 NOMOR 43

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AMBARAWA
KABUPATEN SEMARANG**

I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

RSUD Ambarawa adalah rumah sakit umum milik Pemerintah Daerah Kabupaten Semarang, yang mempunyai tugas melaksanakan upaya pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor :1152 / MENKES / SK / XII / 1993 tentang Peningkatan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa, maka RSUD Ambarawa ditetapkan sebagai Rumah Sakit Kelas C.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan di RSUD Ambarawa diatur dengan Peraturan Daerah Kabupaten Semarang Nomor 25 Tahun 2008 tentang Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Semarang.

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

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit. Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi

sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat.

Berdasarkan ketentuan Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal dalam :

1. Pasal 1 angka 6, menyatakan bahwa Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.
2. Pasal 1 angka 7, menyatakan bahwa Indikator Standar Pelayanan Minimal adalah tolok ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu Standar Pelayanan Minimal tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan / atau manfaat pelayanan.
3. Pasal 1 angka 8, menyatakan bahwa Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi, dan pemerintahan.

Selanjutnya berdasarkan penjelasan Pasal 39 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan Standar Pelayanan Minimal adalah tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal rumah sakit .

Standar Pelayanan Minimal ini bertujuan menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target nasional untuk Tahun 2007 sampai dengan Tahun 2012, cara perhitungan atau rumus atau pembilang dan penyebut atau standar atau satuan pencapaian kinerja dan sumber data.

C. DEFINISI

1. Umum

- a. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal, serta merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat;
- b. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2. Khusus

Definisi secara operasional :

- a. Jenis Pelayanan adalah jenis – jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat;
- b. Mutu Pelayanan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata- rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraanya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan;
- c. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar Organisasi Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO);
- d. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan;
- e. 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 atau kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya;
- f. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai;

- g. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator;
- h. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan ;
- i. Pembilang (Numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja;
- j. Penyebut (Denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja;
- k. Standar adalah ukuran pencapaian mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai;
- l. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

D. PRINSIP PENYUSUNAN DAN PENETAPAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Di dalam menyusun Standar Pelayanan Minimal telah memperhatikan hal – hal sebagai berikut:

1. Konsensus, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur – unsur kesehatan dan departemen terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusun.
2. Sederhana, Standar Pelayanan Minimal disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami.
3. Nyata, Standar Pelayanan Minimal disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis.
4. Terukur, seluruh indikator dan standar di dalam Standar Pelayanan Minimal dapat diukur baik kualitatif maupun kuantitatif.
5. Terbuka, Standar Pelayanan Minimal dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat.
6. Terjangkau, Standar Pelayanan Minimal dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia.
7. Akuntabel, Standar Pelayanan Minimal dapat dipertanggung gugatkan kepada publik.
8. Bertahap, Standar Pelayanan Minimal mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaiannya.

E. LANDASAN HUKUM

1. Undang – Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara.
2. Undang – Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara.
3. Undang – Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan Dan Tanggung Jawab Keuangan Negara.
4. Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional.
5. Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.
6. Undang – Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapakali diubah terakhir dengan Undang – Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan kedua Atas Undang – Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
7. Undang – Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat Dan Pemerintahan Daerah.
8. Undang- Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
9. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah.
10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal.
11. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.
12. Peraturan Pemerintah Nomor 3 Tahun 2007 tentang Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah Kepada Pemerintah, Laporan Keterangan Pertanggungjawaban Kepala Daerah Kepada Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dan Informasi Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah Kepada Masyarakat.
13. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten / Kota.
14. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah.
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.

16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal.
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228 / MENKES / SK / III / 2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah.
18. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457 / MENKES / SK / X / 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten / Kota.
19. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik.
20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 61 / MENKES / SK / I / 2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Di Propinsi, Kabupaten / Kota Dan Rumah Sakit.

II. SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI RSUD AMBARAWA

Sistematika dokumen Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di RSUD Ambarawa disusun dalam bentuk :

1. **BAB I PENDAHULUAN** yang terdiri dari :
 - A. Latar Belakang ;
 - B. Maksud dan Tujuan ;
 - C. Definisi ;
 - D. Prinsip Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
 - E. Landasan Hukum ;
2. **BAB II SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI RSUD AMBARAWA.**
3. **BAB III STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI RSUD AMBARAWA.**
 - A. Jenis- jenis Pelayanan Rumah Sakit
 - B. Standar Pelayanan Minimal RSUD Ambarawa
 - C. Uraian Standar Pelayanan Minimal
4. **BAB IV PERAN PEMERINTAH DAERAH**
5. **BAB V PENUTUP**

III. STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI RSUD AMBARAWA

Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di RSUD Ambarawa dalam Peraturan Bupati ini meliputi jenis – jenis pelayanan Rumah Sakit, indikator kinerja dan target pelayanan RSUD Ambarawa yang meliputi :

A. JENIS – JENIS PELAYANAN RUMAH SAKIT

Jenis – Jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi :

1. Pelayanan gawat darurat;
2. Pelayanan rawat jalan;
3. Pelayanan rawat inap;
4. Pelayanan bedah;
5. Pelayanan persalinan dan perinatologi;
6. Pelayanan intensif;
7. Pelayanan radiologi.
8. Pelayanan laboratorium patologi klinik;
9. Pelayanan rehabilitasi medik;
10. Pelayanan farmasi;
11. Pelayanan gizi;
12. Pelayanan transfusi darah;
13. Pelayanan masyarakat miskin;
14. Pelayanan rekam medik;
15. Pengelolaan Limbah;
16. Pelayanan administrasi manajemen;
17. Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah;
18. Pelayanan Pemulasaraan jenazah;
19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
20. Pelayanan Laundry;
21. Pencegahan Pengendalian Infeksi.

B. STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD AMBARAWA

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1.	Gawat Darurat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 2. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa 3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ACLS/PPGD/GELS/ATLS 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat 6. Kepuasan Pelanggan 7. Kematian pasien \leq 24 Jam 8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 24 Jam 2. 100 % 3. 100 % 4. satu tim 5. \leq lima menit terlayani, setelah pasien datang 6. \geq 70 % 7. \leq dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam) 8. 100 %
2.	Rawat Jalan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis 2. Ketersediaan Pelayanan rawat jalan 3. Jam buka pelayanan 4. Waktu tunggu di rawat jalan 5. Kepuasan Pelanggan 6. <ol style="list-style-type: none"> a. Penegakan diagnosis TB (Tuberculosis) melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % Dokter Spesialis 2. <ol style="list-style-type: none"> a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah 3. Pukul 08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali hari Jum'at pukul : 08.00 – 11.00 4. \leq 60 menit 5. \geq 80 % 6. <ol style="list-style-type: none"> a. \geq 60 % b. \geq 60 %

3.	Rawat Inap	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap 2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap 4. Jam Visite Dokter Spesialis 5. Kejadian infeksi pasca operasi 6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial 7. Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian 8. Kematian pasien > 48 jam 9. Kejadian pulang paksa 10. Kepuasan pelanggan 11. Rawat Inap Tuberculosis(TB) <ol style="list-style-type: none"> a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. a. Dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3 2. 100 % 3. a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah 4. 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja 5. $\leq 1,5\%$ 6. $\leq 1,5\%$ 7. 100 % 8. $\leq 0,24\%$ 9. $\leq 5\%$ 10. $\geq 80\%$ 11. <ol style="list-style-type: none"> a. $\geq 60\%$ b. $\geq 60\%$
4.	Bedah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu operasi elektif 2. Kejadian Kematian di meja operasi 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi 7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ 2 hari 2. $\leq 0,01\%$ 3. 100 % 4. 100 % 5. 100 % 6. 100 % 7. $\leq 6\%$
5.	Persalinan dan perinatologi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian kematian ibu karena persalinan 2. Pemberi pelayanan persalinan normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklampsia $\leq 15\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$ 2. a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan

		<ul style="list-style-type: none"> 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi 5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr 6. Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria 7. Keluarga Bencana <ul style="list-style-type: none"> a. Prosentase KB (Vasektomi dan Tubektomi) dilakukan oleh dr. Sp. OG dan Sp. B b. Prosentase peserta KB yang mendapat konseling KB mantap Bidan terlatih 8. Kepuasan Pelanggan 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Tim PONEK yang terlatih 4. a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An 5. 100 % 6. ≤ 20 % 7. <ul style="list-style-type: none"> a. 100 % b. 100 % 8. ≥ 80 %
6.	Intensif	<ul style="list-style-type: none"> 1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2. Pemberi pelayanan Unit Intensif 	<ul style="list-style-type: none"> 1. ≤ 3 % 2. <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3
7.	Radiologi	<ul style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. Pelaksana ekspertisi 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen 4. Kepuasan pelanggan 	<ul style="list-style-type: none"> 1. ≤ 3 Jam 2. Dokter Sp. Rad 3. Kerusakan foto ≤ 2 % 4. ≥ 80 %
8.	Laboratorium Patologi Klinik	<ul style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium. 2. Pelaksana ekspertisi 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan 	<ul style="list-style-type: none"> 1. ≤ 140 menit Kimia darah dan darah rutin 2. Dokter Sp. PK 3. 100 % 4. ≥ 80 %
9.	Rehabilitasi Medik	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Kepuasan Pelanggan 	<ul style="list-style-type: none"> 1. ≤ 50 % 2. 100 % 3. ≥ 80 %

10.	Farmasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu pelayanan <ol style="list-style-type: none"> a. Obat Jadi b. Obat Racikan 2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan pelanggan 4. Penulisan resep sesuai formularium 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <ol style="list-style-type: none"> a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit 2. 100 % 3. ≥ 80 % 4. 100 %
11.	Gizi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kejadian kesalahan dalam pemberian diet 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≥ 90 % 2. ≤ 20 % 3. 100 %
12.	Transfusi Darah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2. Kejadian Reaksi transfusi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % terpenuhi 2. $\leq 0,01$ %
13.	Pelayanan Masyarakat Miskin	Pelayanan terhadap pasien masyarakat miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani
14.	Rekam Medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 90 % 2. 100 % 3. ≤ 20 menit 4. ≤ 15 menit
15.	Pengelolaan limbah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baku mutu limbah cair 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. a.BOD < 30 mg/l b.COD < 80 mg/l c.TSS < 30 mg/l d.PH 6-9 2. 100 %
16	Administrasi dan manajemen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6. Cost recovery 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % 2. 100 % 3. 100 % 4. 100 % 5. ≥ 60 % 6. ≥ 40 % 7. 100 % 8. ≤ 2 jam

		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	9. 100 %
17.	Ambulance/Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance/Kereta Jenazah 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance /Kereta Jenazah di Rumah Sakit	1. 24 Jam 2. ≤ 60 menit
18.	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam
19	Pelayanan pemeliharaan sarana rumahsakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan Laboratorium yang terkalibrasi tepat waktu sesuai ketentuan kalibrasi	1. ≤ 80 % 2. 100 % 3. 100 %
20	Pelayanan laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	1. 90 % 2. 100 %
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang Terlatih 2. Tersedia Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi /departemen 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomia/HAI (Health care associated infection) di RS (min 1 parameter)	1. $\geq 50\%$ 2. ≥ 60 % 3. $\geq 75\%$

C. URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. Pelayanan Gawat Darurat

a. 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
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

b. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa di Gawat Darurat

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
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
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 pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

c. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ACLS/PPGD/GELS/ATLS

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ACLS/PPGD/GELS/ATLS
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 ACLS/PPGD/GELS/ATLS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ACLS/PPGD/GELS/ATLS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

d. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumahsakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumahsakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumahsakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu/panitia mutu

e. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

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

f. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 70 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu/panitia mutu

g. 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
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 per seribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

h. Tidak adanya pasien yang diharuskan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya pasien yang diharuskan 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 rumahsakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Pelayanan Rawat Jalan

a. Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis

Judul	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumahsakit yang dilayani oleh dokter spesialis. (untuk rumahsakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 % Dokter Spesialis
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

b. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumahsakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumahsakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumahsakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
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 pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

c. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap 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
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Setiap hari kerja jam 08.00 s/d 13.00, kecuali hari Jumat jam 08.00 s/d 11.00
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

d. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

e.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
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan / Tim mutu/panitia mutu

f. 1) Penegakan Diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	Penegakan Diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di Rumah Sakit dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

2) Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit

Judul	Terlaksanannya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersediannya data n TB di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di Rumah Sakit
Sumber data	Rekam Medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

3. Pelayanan Rawat Inap

a. Pemberi pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan di Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	a. Dokter Spesialis b. Perawat, minimal pendidikan D3
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

b. 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
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

c. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumahsakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumahsakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumahsakit. Untuk rumahsakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumahsakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

d. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tegambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	Setiap hari kerja 07.00 s/d 14.00
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

e. 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 dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggung jawab	ketua komide medik/komite mutu/tim mutu

f. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumahsakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumahsakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤1,5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

g. 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 di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

h. Kematian pasien > 48 jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	$\leq 0,24\%$ $\leq 2,4/1000$ (international) (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

i. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumahsakit
Definisi operasional	pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	$\leq 5\%$
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

j. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

k. Rawat Inap Tuberculosis**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 inap
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 bulan.
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 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 dirawat inap di RS
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB yang dirawat inap yang dicatat dan dilaporkan.
Denominator	Seluruh kasus TB yang dirawat inap di RS
Sumber data	Rekam Medik
Standar	>60%.
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Bedah

a. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi efektif
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral

b. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi mutu	keselamatan, efektifitas
Tujuan	tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kematian di meja 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 dan sentinel event
Periode analisis	tiap bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 0,01$ %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

c. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya 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 dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan 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

d. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

e. 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 tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan 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

f. 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	tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala intalasi bedah sentral/komite medis

g. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	$\leq 6\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

5. Persalinan dan perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak)

a. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklamsia, eklampsia, partus lama, dan sepsis.</p> <p>Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklanpsia dan elampsia 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 eklampsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan ≤ 1 %, pre-eklampsia ≤ 15%, Sepsis ≤ 0,2 %
Penanggung jawab	Komite medik

b. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah 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	Dokter Sp.OG , Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal), Bidan
Penanggung jawab	Komite mutu

c. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih) Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat, talipusat menumbung
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter SpOG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tim PONEK yang terlatih
Penanggung jawab	Komite mutu

d. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	Dokter Sp.OG, Dokter Sp.A, Dokter Sp.An
Penanggung jawab	Komite mutu

e. 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 medik/ komite mutu

f. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤20 %
Penanggung jawab	Komite mutu

g. Keluarga Berencana

1) Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan Kontrasepsi Mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi pada alat reproduksi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis Pelayanan KB Mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam Medik dan Laporan KB Rumah Sakit
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite Medik

2) 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 untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB Mantap
Denominator	Jumlah peserta konseling KB Mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite Medik

h. 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
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

6. Pelayanan Intensif

a. 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 ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 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 medik/mutu

b. 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
Periode analisis	3 bulan
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	Dokter Sp. Anastesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani dan 100% Perawat minimal D3
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

7. Radiologi

a. 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
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiology

b. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi roentgen adalah dokter spesialis radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto roentgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiology pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto roentgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiology dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto roentgen dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi radiology
Standar	Dokter Sp. Rad
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

c. 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
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	Kerusakan foto $\leq 2\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

d. 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
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

8. Laboratorium Patologi Klinik

a. 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 laboratoium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

b. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
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
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	Dokter Sp. PK
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

c. 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
Periode analisis	3 bulan
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

d. 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
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

9. Rehabilitasi Medik

a. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤50 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

b. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

c. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

10. Farmasi

a. Waktu tunggu pelayanan

1). 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
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤30 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

2). 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
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤60 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

b. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi 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

c. 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
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

d. 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 rumahsakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

11. Gizi

a. 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
Periode analisis	3 bulan
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

b. 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 rumahsakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	≤20 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

c. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

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

12. Transfusi Darah

a. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Yang bertanggungjawab terhadap pengelolaan Bank Darah

b. Kejadian reaksi transfusi

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

13. Pelayanan Masyarakat Miskin

Pelayanan terhadap pasien Masyarakat Miskin yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien Masyarakat Miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien pemegang kartu Jamkesmas dan Jamkesda
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien Masyarakat Miskin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien Masyarakat Miskin yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

14. Rekam Medik

a. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	90 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik

b. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

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

c. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam 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	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru /di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	≤ 20 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medis

d. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	≤ 15 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medis

15. Pengolahan limbah
a. 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 ditolelir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	hasil pemeriksaan
Standar	<ul style="list-style-type: none"> a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9
Penanggung jawab	Kepala Bidang Sarana dan Sanitasi

b. Pengolahan limbah padat infeksius 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 padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 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
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bidang Sarana dan Sanitasi

16. Administrasi Dan Manajemen

a. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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

b. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumahsakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumahsakit 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 rumahsakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipesyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur

c. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

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

d. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

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

e. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Dimensi mutu	kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumahsakit ataupun di luar rumahsakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumahsakit
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	≥60 %
Penanggung jawab	Kepala Keperawatan dan Penunjang Non Medik

f. Cost recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	efisiensi, efektivitas
Tujuan	tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	sub bag keuangan
Standar	≥40 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

g. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumahsakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	tiga bulan
Periode analisis	tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub Bag Keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

h. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

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

i. 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	tiap 6 bulan
Periode analisis	tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

17. Ambulance/Kereta Jenazah

a. Waktu pelayanan ambulance/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
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
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 pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

b. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumahsakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumahsakit
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumahsakit 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 rumahsakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

18. Pemulasaraan Jenazah

Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumahsakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
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

19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumahsakit

a. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

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

b. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah 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

c. 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 efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK).
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku registrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

20. Pelayanan Laundry

a. Tidak adanya kejadian linen yang 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
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	90 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

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

21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

a. Ada anggota Tim PPI yang terlatih

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 tahun
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	Anggota PPI yang terlatih 50%
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

b. Tersedia APD di setiap Instalasi / Departemen

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
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survey
Standar	60%
Penanggung jawab	Tim PPI

c. 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 nosokomial di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial , pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS. Minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

Keterangan :

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonie

ISK : Infeksi Saluran Kemih

IV. PERAN PEMERINTAH DAERAH

Peran Pemerintah Daerah dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal RSUD Ambarawa adalah sebagai berikut:

A. Pengorganisasian:

1. Bupati bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan rumahsakit sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh RSUD Ambarawa;
2. Penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada angka 1 berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dan Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang.

B. Pelaksanaan dan Pembinaan

1. RSUD Ambarawa wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal;
2. Pemerintah Daerah wajib menyediakan sumber daya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal di RSUD Ambarawa;
3. Pemerintah Daerah memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal dan mekanisme kerjasama daerah.
4. Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada angka 1 dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, pelatihan, meliputi:
 - a. perhitungan kebutuhan pelayanan RSUD Ambarawa sesuai Standar Pelayanan Minimal RSUD Ambarawa;
 - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target Standar Pelayanan Minimal;
 - c. penilaian pengukuran kinerja;
 - d. penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal RSUD Ambarawa.

C. Pengawasan

1. Bupati melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal di RSUD Ambarawa;
2. Direktur RSUD Ambarawa menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal RSUD Ambarawa yang ditetapkan, kepada Bupati.

V. PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal RSUD Ambarawa pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah Daerah Kabupaten Semarang dengan standar kinerja yang ditetapkan. Mengingat Standar Pelayanan Minimal sebagai hak konstitusional maka seyogyanya Standar Pelayanan Minimal menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal RSUD Ambarawa diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan Minimal di RSUD Ambarawa. Standar Pelayanan Minimal ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

