



BUPATI BUTON UTARA
PROVINSI SULAWESI TENGGARA

PERATURAN BUPATI BUTON UTARA
NOMOR /0 TAHUN 2025

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN BUTON UTARA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BUTON UTARA,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara;

Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2007 tentang Pembentukan Kabupaten Buton Utara di Provinsi Sulawesi Tenggara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 16, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4690);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
5. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan: PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BUTON UTARA.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Buton Utara.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Buton Utara.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara yang selanjutnya disingkat RSUD adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dibidang kesehatan dimulai pelayanan dasar sampai dengan spesialisik sesuai dengan kemampuannya.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara.
6. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Kabupaten Utara kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medik, dan pelayanan administrasi manajemen.
7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
8. Fleksibilitas adalah keleluasaan dalam pola pengelolaan keuangan dengan menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat tanpa mencari keuntungan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.
9. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh badan layanan umum daerah kepada masyarakat.
10. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.

11. 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 tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
12. Target adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.

BAB II
TUGAS, JENIS PELAYANAN, INDIKATOR,
STANDAR NILAI, BATAS WAKTU PENCAPAIAN
DAN URAIAN SPM

Bagian Kesatu
Tugas RSUD

Pasal 3

RSUD bertugas melaksanakan pelayanan kesehatan yang meliputi:

- a. penyembuhan;
- b. pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu;
- c. pencegahan;
- d. peningkatan; dan
- e. upaya rujukan.

Bagian Kedua
Jenis Pelayanan, Indikator,
Standar Nilai, dan Batas Waktu
Pencapaian

Pasal 4

- (1) Jenis pelayanan untuk Rumah Sakit meliputi:
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan rehabilitasi medik
 - e. pelayanan radiologi;
 - f. pelayanan laboratorium patologi klinik;
 - g. pelayanan farmasi;
 - h. pelayanan gizi;
 - i. pelayanan rekam medis;
 - j. pengelolaan limbah;
 - k. pelayanan administrasi manajemen;
 - l. pelayanan laundry;
 - m. pelayanan *central sterile supply department*;
 - n. pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit;
 - o. pencegahan dan pengendalian infeksi; dan
 - p. pelayanan keamanan;

- (2) Jenis Pelayanan, Indikator, Standar Nilai, dan batas waktu pencapaian sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (3) Uraian Indikator dan Formula Pengukuran tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (4) Uraian SPM dan pencapaiannya tercantum dalam Lampiran III yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) Rumah Sakit yang menerapkan BLUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.

BAB IV PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Direktur Rumah Sakit menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (2) Rencana kerja dan anggaran sebagaimana dimaksud pada ayat (1), disusun dengan menggunakan format rencana bisnis dan anggaran.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, dan penyelenggaraan pelayanan yang menjadi tugasnya, dilaksanakan dengan mengacu pada SPM.

BAB V PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan dan pengawasan RSUD yang menerapkan BLUD dilakukan oleh Bupati.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
 - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;

- c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
- d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

Bagian Kedua Pengawasan

Pasal 8

- (1) Satuan Pengawas Internal bersama jajaran manajemen RSUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan untuk membantu pengelola dalam pencapaian indikator SPM.

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 sampai dengan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional Rumah Sakit yang ditetapkan dalam rencana bisnis anggaran RSUD.

BAB VI SISTEMATIKA SPM

Pasal 12

- (1) SPM RSUD disusun dengan sistematika sebagai berikut:
 - a. Bab I Pendahuluan;
 - b. Bab II Standar Pelayanan Minimal, yang memuat:
 - 1. Jenis pelayanan;
 - 2. Prosedur pelayanan; dan
 - 3. standarpelayananminimal Rumah Sakit.
 - c. Bab III Rencana Pencapaian Kinerja SPM, yang memuat:
 - 1. Jenis pelayanan;
 - 2. Prosedur pelayanan; dan
 - 3. Standar pelayanan minimal Rumah Sakit.
 - d. Bab IV Sistem Akuntabilitas Kinerja, yang memuat:
 - 1. Rencana straty6uegis dan penganggaran SPM;
 - 2. monitoring dan pengawasan pelaksanaan SPM; dan
 - 3. pengukuran capaian dan evaluasi kinerja.
 - e. Bab V Penutup; dan
 - f. Lampiran.

BAB VII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 13

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku Peraturan Bupati Kabupaten Buton Utara Nomor 37 tahun 2022 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah (Berita Daerah Kabupaten Buton Utara Tahun 2022 Nomor 37) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 14

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

PARAF KOORDINASI			
No	Nama	Jabatan	Par.
1		SEKDA	f
2	Zainal A.	Asisten II	f
3	Rahmad	Bagian Hum	f
4	dr. Forta	Direktur	f

Ditetapkan di Buranga
pada tanggal, 7-5- 2025

BUPATI BUTON UTARA,



AFIRUDIN MATHARA

Diundangkan di Buranga
pada tanggal, 7-5- 2025

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BUTON UTARA,



MUHAMMAD HARDY MUSLIM

BERITA DAERAH KABUPATEN BUTON UTARA TAHUN 2025 NOMOR 10

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI
NOMOR 10 TAHUN 2025
TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN
BUTON UTARA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

Percepatan Implementasi Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) bagi rumah sakit daerah saat ini sangat tergantung pada *multistakeholder* rumah sakit itu sendiri. Lahirnya Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah telah cukup untuk memberikan gambaran teknis pekerjaan yang perlu dilakukan dalam memenuhi kriteria yang dipersyaratkan dalam Peraturan Perundang-undangan.

Sesuai dengan Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, disebutkan pada Pasal 36 Persyaratan administratif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 huruf c terpenuhi, apabila Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah membuat dan menyampaikan dokumen, meliputi:

- a. Surat Pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan, dan manfaat bagi masyarakat;

- b. Pola Tata Kelola;
- c. Rencana Strategis Bisnis;
- d. Standar Pelayanan Minimal;
- e. laporan keuangan pokok atau prognosa/proyeksi laporan keuangan; dan
- f. laporan audit terakhir atau pernyataan bersedia untuk diaudit secara independen.

Berdasarkan Peraturan Perundang-undangan tersebut diperlukan upaya pihak rumah sakit untuk memenuhi kelengkapan persyaratan administratif seperti yang dipersyaratkan diatas sebagai dasar penetapan apakah rumah sakit layak, tidak layak ditetapkan Sebagai Badan layanan Umum Daerah.

Salah satu dokumen yang harus dipenuhi sebagai kelengkapan seperti tertuang di atas adalah dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM). Standar Pelayanan Minimal adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh BLUD kepada masyarakat (Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah). Sedangkan berdasarkan Pasal 43 ayat 1 dijelaskan sebagai berikut: “Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 huruf d memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD”. Dan ayat 2 “Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Kepala Daerah untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan”.

Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara sebagai rumah sakit TipeD merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah Kabupaten Buton, Dalam perjalanannya berbagai upaya telah dilakukan untuk merubah citra pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara. Suatu hal yang masih

dianggap cukup berat dalam pemenuhan persyaratan rumah sakit menjadi BLUD yaitu dalam pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM).

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara Mengacu pada Permenkes RI No 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, bahwa indikator SPM adalah tolok ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk Menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan

B. Tujuan

Standar Pelayanan Minimal ini dimaksudkan guna memberikan pelayanan atau kegiatan minimal yang harus dilakukan rumah sakit sebagai tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara, dengan tujuan sebagai berikut :

1. Terlaksananya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan rumah sakit yang bermutu dan terjangkau,
2. Terlaksananya kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan yang sesuai standar berbasis profesionalisme dengan tetap mengedepankan masalah aksesibilitas masyarakat; dan
3. Terlaksananya pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar sesuai dengan tuntutan masyarakat diwilayah cakupannya.

C. Pengertian

Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.

D. Landasan Hukum

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah dengan Undang Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

E. Perubahan SPM.

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

F. Sistematika Penyajian

Sistematik Penyajian SPM Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara adalah Sebagai Berikut :

G. Penyusunan Dokumen SPM

BAB 1 PENDAHULUAN

- a. Latar Belakang
- b. Tujuan
- c. Pengertian
- d. Landasan Hukum
- e. Perubahan SPM
- f. Sistematika Pengajuan
- g. Penyusunan Dokumen SPM

BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL

- a. Jenis Pelayanan
- b. Prosedur Pelayanan
- c. Standar Pelayanan Minimal

BAB III RENCANA PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

- a. Rencana Pencapaian SPM
- b. Startegi Pencapaian SPM

BAB IV SISTEM AKUNTABILITAS KINERJA

- a. Renstra dan Penganggaran SPM
- b. Monitoring dan Pengawasan Pelaksanaan SPM
- c. Pengukuran Capaian dan Evaluasi Kinerja

BAB V PENUTUP

LAMPIRAN

BAB II

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. Jenis Pelayanan

Jenis Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara adalah sebagai Berikut :

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan Rawat Inap
4. Bedah dan Anastesi
5. Intensif
6. Radiologi
7. Laboratorium Patologi Klinik dan Anatomi
8. Pelayanan fisioterapi
9. Pelayanan Farmasi
10. Pelayanan Gizi
11. Pelayanan Laundry
12. Pelayanan CSSD
13. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS)
14. Pelayanan Rekam Medik
15. Pengelolaan Limbah
16. Pelayanan Administrasi Manajemen
17. Pelayanan Ambulance
18. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
19. Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)
20. Pelayanan keamanan

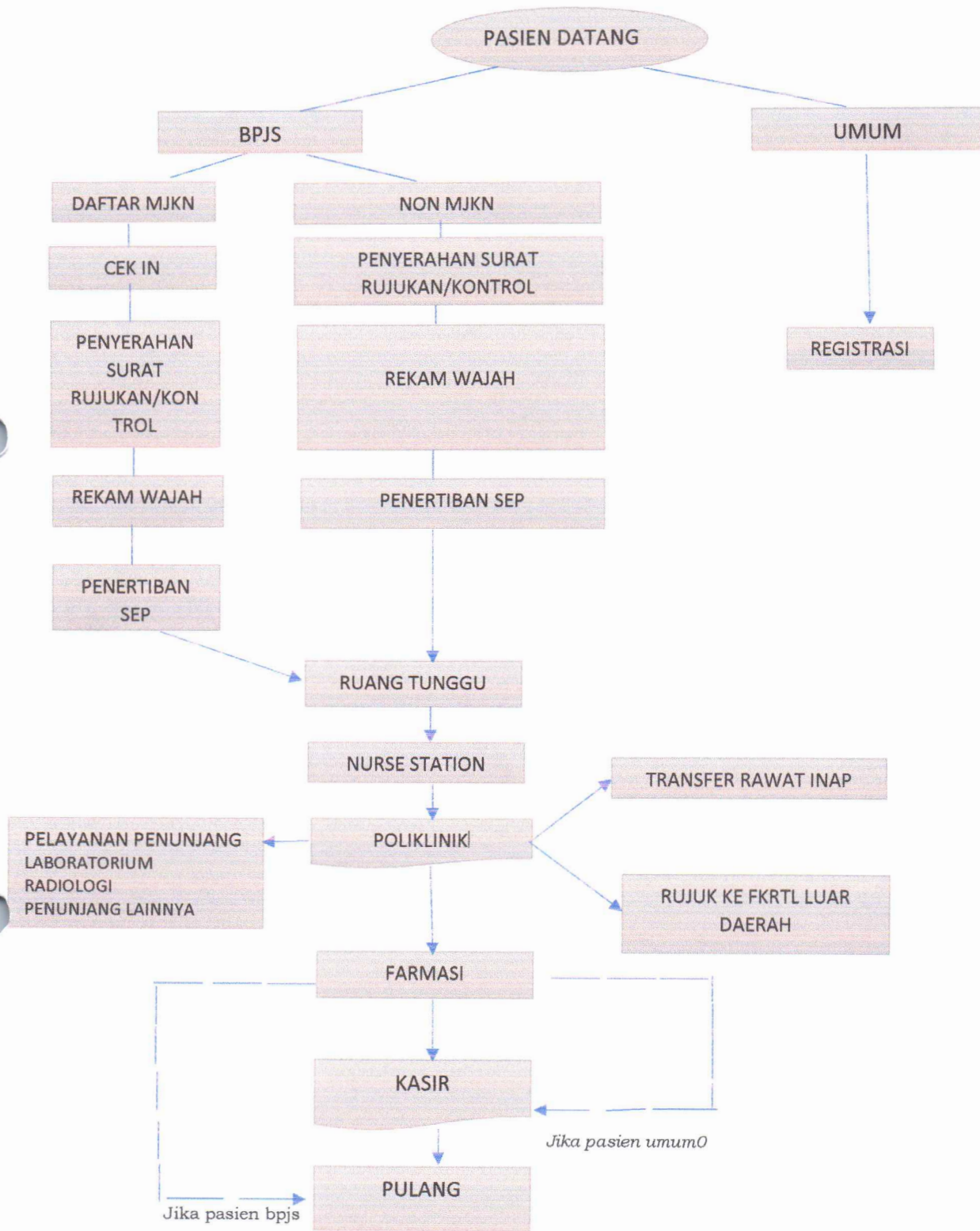
B. Prosedur Pelayanan

Prosedur Pelayanan Rumah Sakit Umum daerah kabupaten Buton Utara dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Pengambilan nomor antrian melalui Sistem online (daftar MJKN)/manual (Non MJKN);

2. Melakukan cek in bila daftar sistem Online (daftar MJKN),
Penyerahan surat rujukan / kontrol bila pendaftaran manual
(Non MJKN).
3. Penyerahan surat rujukan / control
4. Melakukan Rekam wajah
5. Menunggu penertiban SEP
6. Menunggu pemanggilan pada klinik yang dituju;
7. Dilakukan anamnesa oleh perawat;
8. Pemeriksaan oleh dokter;
9. Dilakukan tindakan dan pemeriksaan penunjang
(laboratorium atau radiologi) bila diperlukan;
10. Pemberian terapi atau resep obat;
11. Penyelesaian administrasi / pembayaran di kasir (pasien
umum);
12. Pengambilan obat di Farmasi;
13. Pasien pulang.

Diagram Alur Pelayanan di Rumah Sakit Umum daerah Kabupaten Buton Utara adalah sebagai berikut



C. Standar Pelayanan Minimal

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 129/ Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Berikut adalah Jenis Pelayanan, Indikator dan Standar :

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	NILAI SAAT INI	BATAS WAKTU PENCAPAIAN
1.	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1. Kemampuan menangani life saving	100 %	-	3 tahun
			2. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlakuantara lain <i>Basic Cardiac Life Support</i> (BCLS), <i>Basic Trauma Cardiac Life Support</i> (BTCLS), <i>Advance Cardiac Life Support</i> (ACLS), <i>Advance Trauma Cardiac Life Support</i> (ATLS), Pelatihan Penanganan Gawat Darurat (PPGD)	100 %	-	1 tahun
			3. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	-	1 tahun
		Proses	4. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	-	Tercapai
			5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat, setelah pasien datang	≤ 5 menit	-	1 tahun
			6. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	-	1 tahun
		output	7. Kematian pasien < 24 jam	≤ 2 per seribu	-	1 tahun
		outcome	8. Kepuasan pelanggan	≥80 %	-	1 tahun
2.	Pelayanan Rawat Jalan	Input	1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100 % dokter spesialis	-	3 tahun
			2. Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan	a. Klinik anak b. Klinik Obgyn c. Klinik interna d. Klinik bedah	-	3 tahun

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	NILAI SAAT INI	BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		Proses	3. Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 WITA Setiap hari kecuali Jumat: 08.00 s/d 11.00 WITA	-	1 tahun
			4. Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit	-	1 tahun
		Output	5. Terlaksananya pelayanan rawat jalan	100%	-	1 tahun
			Outcome	6. Kepuasan pelanggan di Rawat Jalan	≥ 90 %	-
3.	Pelayanan Rawat Inap	Input	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dr. Spesialis b. Perawat paling rendah pendidikan D3	-	3 tahun
			2. Ketersediaan pelayanan di Rawat Inap	a. Bedah b. Interna c. Obgyn d. Anak	-	3 tahun
			3. Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap	100 %	-	1 tahun
		Proses	4. Jam Visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	-	1 tahun
		Output	5. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	-	1 tahun
			6. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %	-	1 tahun
			7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	100 %	-	1 tahun
			8. Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24%	-	1 tahun
			9. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh (pulang paksa)	≤ 5%	-	1 tahun
		Outcome	10. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	-	1 tahun
4	Bedah dan Anastesi	Input	1. Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan kelas Rumah Sakit	-	5 tahun
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang operasi	Sesuai dengan kelas Rumah Sakit	-	5 tahun
			3. Kemampuan melakukan tindakan operatif	Sesuai dengan kelas Rumah Sakit	-	5 tahun
		Proses	4. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	-	5 tahun
			5. Tidak adanya kejadian	100%	-	5 tahun

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	NILAI SAAT INI	BATAS WAKTU PENCAPAIAN
			operasi salah sisi			
			6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	-	5 tahun
			7. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	-	5 tahun
			8. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	-	5 tahun
			9. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan <i>Endotracheal Tube</i>	≤ 6%	-	5 tahun
		Output	10. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 0 %	-	5 tahun
		Outcome	11. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	-	5 tahun
5.	Intensif	Input	1. Pemberi pelayanan di unit intensif	a. Dokter Spesialis anestesi dan dokter spesialis sesuai kasus yang ditangani 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat pelatihan intensif, perawat mahir intensif	-	3 tahun
		Proses	2. Kepatuhan terhadap <i>hand hygiene</i>	100 %	-	1 tahun
		Output	3. Rata – rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 2 %	-	1 tahun
		Outcome	4. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	-	2 tahun
6.	Radiologi	Input	1. Pelaksana ekspertisi	Dokter spesialis radiologi	-	1 tahun
			2. Pemberi pelayanan radiologi	Minimal radiographer D3		1 tahun
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤3 jam	-	1 tahun
		Output	4. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	Kerusakan foto ≤2%	-	1 tahun

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	NILAI SAAT INI	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	
		Outcome	5. Kepuasan pelanggan	≥90%	-	1 tahun	
7	Laboratorium Patologi Klinik dan Anatomi	Input	1. Pelaksana ekspertisi	Dokter spesialis patologi klinik dan anatomi	-	3 tahun	
		Proses	2. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤140 menit kimia darah dan darah rutin	-	1 tahun	
		Output	3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	-	1 tahun	
		Outcome	4. Kepuasan pelanggan	≥90%	-	1 tahun	
8.	Pelayanan Fisioterapi	Input	1. Pemberi pelayanan di instalasi Fisioterapi	a. Dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi b. Perawat bersertifikat c. Okupasi terapis	-	5 tahun	
		Proses	2. Jam buka pelayanan	a. Jam 08.00 s/d 13.00 pada hari kerja b. Jum'at 08.00 s/d 11.00 c. Sabtu 08.00 s/d 12.00	-	1 tahun	
		Output	3. Tidak ada kejadian kesalahan Tindakan rehabilitasi medik	100%	-	1 tahun	
			4. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50 %	-	1 tahun	
		Outcome	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	-	1 tahun	
9	Pelayanan Farmasi	Input	1. Pemberi pelayanan farmasi	Tenaga apoteker dan asisten apoteker	-	1 tahun	
		Proses	2. Penulisan resep sesuai formularium	100 %	-	1 tahun	
			3. Waktu tunggu pelayanan:	a. Obat jadi	≤ 30 menit	-	1 tahun
				b. Obat racikan	≤ 60 menit	-	1 tahun
		Output	4. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	-	1 tahun	
Outcome	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	-	1 tahun			
10.	Pelayanan	Input	1. Pemberian pelayanan gizi	Sesuai pola	-	1 tahun	

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	NILAI SAAT INI	BATAS WAKTU PENCAPAIAN
	Gizi			ketenagaan tersedia		
		Proses	2. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien yang sudah terjadwal	$\geq 90\%$	-	1 tahun
			3. Tidak adanya kesalahan pemberian diet	100%	-	1 tahun
		Output	4. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	$\leq 20\%$	-	1 tahun
		Outcome	5. Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$	-	1 tahun
11	Pelayanan Laundry	Input	1. Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	-	Tercapai
		Proses	2. Ketepatan waktu pengelolaan linen	100 %	-	2 tahun
			3. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang Rawat Inap dan ruang pelayanan	100 %	-	1 tahun
		Output	4. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %	-	1 tahun
		Outcome	5. Ketersediaan linen	3 set x jumlah tempat tidur	-	1 tahun
12.	Pelayanan CSSD	Input	1. Ketersediaan Fasilitas dan peralatan Pelayanan CSSD	100 %	-	1 tahun
		Proses	2. Ketepatan waktu penyediaan linen operasi dan alat steril serta kasa untuk ruangan Operasi dan rawat inap	100 %	-	1 tahun
		Output	3. Tidak adanya kejadian Instrumen yang hilang	100 %	-	1 tahun
		Outcome	4. Ketepatan waktu penyediaan Instrumen untuk unit yang membutuhkan	100 %	-	1 tahun
13.	Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS)	Input	1. Tersedia perangkat SIMRS	100%	-	5 tahun
		Proses	2. Penginputan data	80%	-	5 tahun
			3. Waktu menanggapi gangguan dan perbaikan	80%	-	5 tahun
		Output	4. Layanan informasi dan data	Tersedia data	-	5 tahun
14.	Pelayanan Rekam	Input	1. Pemberi pelayanan rekam medik	Tenaga perekam medis	-	1 tahun

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	NILAI SAAT INI	BATAS WAKTU PENCAPAIAN
	Medik	Proses	2. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan Rawat Jalan	≤ 10 menit	-	1 tahun
			3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan Rawat Inap	≤ 15 menit	-	1 tahun
		Output	4. Kelengkapan pengisian rekaman medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	-	1 tahun
			5. Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	-	1 tahun
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	-	1 tahun
		15.	Pengelolaan Limbah	Input	1. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit : padat, cair	Sesuai peraturan perundangan
Proses	2. Pengelolaan limbah cair sesuai dengan aturan			100 %	-	3 tahun
	3. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan			100 %	-	3 tahun
Output	4. Baku mutu limbah cair ;			a. Biological Oxygen Demand (BOD) < 30 mg/l b. Chemical Oxygen Demand (COD) < 80 mg/l c. Total Suspended Solid (TSS) < 30 mg/l d. Potential Hydrogen (Ph) 6-9 100 %		3 tahun
16	Pelayanan Administrasi Manajemen			Input	1. Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada
			2. Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	-	1 tahun
			3. Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	-	1 tahun
			4. Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	-	1 tahun
			5. Adanya perencanaan pengembangan Sumber	Ada	-	1 tahun

NO	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR	NILAI SAAT INI	BATAS WAKTU PENCAPAIAN
			Daya Manusia			
			6. Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	≥ 90%	-	1 tahun
		Proses	7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %	-	1 tahun
			8. Kecepatan waktu dalam memberikan informasi tentang tagihan pasien Rawat Inap	≤ 2 jam	-	1 tahun
			9. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	-	1 tahun
			10. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100 %	-	1 tahun
			11. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	-	1 tahun
		Output	12. <i>Cost Recovery</i>	> 40 %	-	1 tahun
			13. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	-	Tercapai
			14. karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %	-	5 tahun
			15. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan internal	100 %	-	2 tahun
17	Pelayanan Ambulance	Input	1. Waktu pelayanan ambulance	24 jam	-	1 tahun
		Proses	2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di Rumah Sakit	≤ 230 menit	-	1 tahun
		Output	3. Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit	-	1 tahun
		Outcome	4. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	-	1 tahun
18	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Input	1. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	-	1 tahun
		Proses	2. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 75 %	-	1 tahun
			3. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	75 %	-	1 tahun
		Output	4. Peralatan laboratorium dan alat kesehatan lainnya yang di gunakan dalam pelayanan, terkalibrasi tepat waktu	75 %	-	1 tahun

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	NILAI SAAT INI	BATAS WAKTU PENCAPAIAN
			sesuai dengan ketentuan kalibrasi			
19	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	Input	1. Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih	≥85 %	-	3 tahun
			2. Tersedianya alat pelindung diri (APD) di setiap instalasi/unit pelayanan	≥85 %	-	1 tahun
			3. Tersedianya Sarana dan prasarana Penunjang Pelayanan sesuai Standar PPI	≥85 %	-	1 tahun
			4. Rencana program PPI	Ada	-	1 tahun
		Proses	5. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100 %	-	2 tahun
			6. Penggunaan APD sesuai aturan saat melaksanakan tugas	100 %	-	2 tahun
		Output	7. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosocomial/HAI di Rumah Sakit, (minimal 1 parameter)	>85 %	-	1 tahun
20	Pelayanan keamanan	Input	1. Petugas keamanan bersertifikat keamanan	50 %	-	2 tahun
		Proses	2. Petugas keamanan melakukan keliling Rumah Sakit	Setiap jam	-	2 tahun
			3. Evaluasi terhadap system keamanan	Setiap 3 bulan	-	2 tahun
		Output	4. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung dan karyawan yang hilang	80 %	-	2 tahun
			5. Tidak adanya barang milik rumah sakit yang hilang	80 %	-	2 tahun
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	-	2 tahun

BAB III

RENCANA PENCAPAIAN SPM

A. Rencana Pencapaian SPM

Jadwal Rencana Pencapaian Indikator SPM yang dibuat berdasarkan rencana Strategis Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara untuk mencapai target sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No 129/ Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Berikut Uraian SPM dan Pencapaiannya

URAIAN SPM DAN PENCAPAIANNYA

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Awal	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggung Jawab	Ket
					2021	2022	2023	2024	2025		
1	Pelayanan Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani <i>life saving</i>	100%		100	100	100	100	100	Ka. Instalasi Gawat Darurat	
		2. PemberiPelayanan KegawatDaruratan Yang Bersertifikat Yang Masih Berlaku Antara Lain <i>Basic CardiacLife Support (BCLS), Basic TraumaCardiac Life Support (BTCLS), AdvanceCardiac Life Support (ACLS), AdvanceTraumaCardiac Life Support (ATLS), Pelatihan Penanganan Gawat Darurat (PPGD)</i>	100%		100	100	100	100	100	Bagian Diklat RSUD Kabupaten Buton Utara	
		3. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim		1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	1 tim	Ka. Instalasi Gawat Darurat	
		4. Jam buka pelayanan Gawat Darurat	24 jam		24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Ka. Instalasi Gawat Darurat	
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat, setelah pasien datang	≤ 5 menit		≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	Ka. Instalasi Gawat Darurat	
		6. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%		100%	100%	100%	100%	100%	Ka. Instalasi Gawat Darurat	

2	Pelayanan Rawat Jalan	7. Kematian pasien < 24 jam	≤ 2 per seribu	≤ 2 per seribu	≤ 2 per seribu	≤ 2 per seribu	≤ 2 per seribu	≤ 2 per seribu	≤ 2 per seribu	Ka. Instalasi Gawat Darurat
		8. Kepuasan pelanggan.	> 70 %	> 75 %	> 80 %	> 85 %	> 90 %	Ka. Instalasi Gawat Darurat		
	Pelayanan Rawat Jalan	1. Dokter Pemberi pelayanan dipoliklinik spesialis	100 % dokter spesialis	100 % dokter spesialis	100 % dokter spesialis	100 % dokter spesialis	100 % dokter spesialis	100 % dokter spesialis	100 % dokter spesialis	Ka. Instalasi Rawat Jalan
		2. Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan	Sesuai dengan jenis dan kelas Rumah Sakit / Minimal : e. Klinik Interna f. Klinik Anak g. Klinik Bedah h. Klinik Obgyn i. Klinik VER j. Klinik Fisioterapi k. Klinik Gigi dan Mulut (KGM) l. Klinik Umum (KU)	INT ANK, BDH, OBG, BDH	INT ANK, BDH, OBG, BDH, VER	INT ANK, BDH, OBG, BDH, VER	INT ANK, BDH, OBG, BDH, VER	INT ANK, BDH, OBG, BDH, VER	INT ANK, BDH, OBG, BDH, VER	Ka. Instalasi Rawat Jalan
		3. Jam buka pelayanan	a. 08.00 s/d 13.00 WITA Setiap hari kecuali Jumat:	08.00 s/d 13.00 WITA Setiap hari	08.00 s/d 13.00 WITA Setiap hari	08.00 s/d 13.00 WITA Setiap hari	08.00 s/d 13.00 WITA Setiap hari	08.00 s/d 13.00 WITA Setiap hari	08.00 s/d 13.00 WITA Setiap hari	Ka. Instalasi Rawat Jalan

		08.00 s/d 11.00 WITA	kecuai Jumat: 08.00 s/d 11.00 WITA	kecuai Jumat: 08.00 s/d 11.00 WITA	kecuai Jumat: 08.00 s/d 11.00 WITA	kecuai Jumat: 08.00 s/d 11.00 WITA	kecuai Jumat: 08.00 s/d 11.00 WITA	kecuai Jumat: 08.00 s/d 11.00 WITA			
	b. Waktu tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	Ka. Instalasi Rawat Jalan		
	c. Terlaksananya pelayanan rawat jalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka. Instalasi rawat jalan		
	d. Kepuasan pelanggan di Rawat Jalan	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	Komite Mutu		
3	Pelayanan Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dr. Spesialis b. Perawat paling rendah pendidikan D3	(a) (b)	(a) (b)	(a) (b)	(a) (b)	(a) (b)	Kepala Instalasi Rawat Inap		
		2. Ketersediaan pelayanan di Rawat Inap	1. Interna 2. Anak 3. Bedah 4. Obgyn	(1) (3)	(1) (2) (3) (4)	(1) (2) (3) (4)	(1) (2) (3) (4)	(1) (2) (3) (4)	Kepala Instalasi Rawat Inap		
		3. Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Rawat Inap	
		4. Jam Visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	Kepala Inst alasi Rawat Inap	
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	IPCN
		6. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	IPCN
		7. Tidak adanya kejadian pasien	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi

		2. Kepatuhan terhadap hand hygiene	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Rawat Inap/IPCN
		3. Rata - rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Rawat Inap
		4. Kepuasan pelanggan	≥90 %	80%	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	Kepala Instalasi Rawat Inap
	Pelayanan Radiologi	1. Pelaksanaan ekspertisi	Dokter spesialis radiologi, radiografer	Dokter spesialis radiologi, radiografer	Dokter spesialis radiologi, radiografer	Dokter spesialis radiologi, radiografer	Dokter spesialis radiologi, radiografer	Dokter spesialis radiologi, radiografer	Dokter spesialis radiologi, radiografer	Kepala Sub bagian umum dan kepegawaian
		2. Pemberi pelayanan radiologi	Dokter spesialis radiologi	Dokter spesialis radiologi	Dokter spesialis radiologi	Dokter spesialis radiologi	Dokter spesialis radiologi	Dokter spesialis radiologi	Dokter spesialis radiologi	Kepala UnitRadiologi
		3. Waktu tunggu hasil pelayanan (thorax foto) radiologi	< 3 jam	< 3 jam	< 3 jam	< 3 jam	< 3 jam	< 3 jam	< 3 jam	Kepala UnitRadiologi
		4. Kejadian kegagalan pelayanan radiologi yaitu; kerusakan foto	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	Kepala UnitRadiologi
		5. Kepuasan pelanggan	≥90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	Kepala UnitRadiologi/Komite Mutu
7	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik dan anatomi	1. Pelaksana ekspertisi	Dokter Spesialis Patologi Klinik dan anatomi	Dokter Spesialis Patologi Klinik dan anatomi	Dokter Spesialis Patologi Klinik dan anatomi	Dokter Spesialis Patologi Klinik dan anatomi	Dokter Spesialis Patologi Klinik dan anatomi	Dokter Spesialis Patologi Klinik dan anatomi	Dokter Spesialis Patologi Klinik dan anatomi	Kepala Sub bagian umum dan kepegawaian



							anatom i							
	2. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan sederhana (kimia darah dan darah rutin)	< 140 menit	< 140 menit	< 140 menit	< 140 menit	< 140 menit	< 140 menit	< 140 menit	< 140 menit	< 140 menit	< 140 menit	< 140 menit	Kepala Unit Laboratorium	
	3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Unit Laboratorium	
	4. Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	Kepala Unit Laboratorium	
8	Pelayanan Fisioterapi	1. Pemberian pelayanan di instalasi Fisioterapi	d. D3/S1 Fisioterapis yang memiliki sertifikat	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	Kepala Instalasi Rawat Jalan	
		2. Jam buka pelayanan	d. Jam 08.00 s/d 13.00 pada hari kerja e. Jum'at 08.00 s/d 11.00 Sabtu 08.00 s/d 12.00	(a) (b)	(a) (b)	(a) (b)	(a) (b)	(a) (b)	(a) (b)	(a) (b)	(a) (b)	(a) (b)	Kepala Instalasi Rawat Jalan	
		3. Tidak ada kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Rawat Jalan	
		4. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 80 %	≤ 80 %	≤ 90 %	≤ 80 %	≤ 80 %	≤ 90 %	≤ 80 %	≤ 90 %	≤ 100 %	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		5. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Kepala Instalasi Rawat



9	Pelayanan Farmasi	1. Pemberi pelayanan farmasi 2. Penulisan resep sesuai formularium 3. Waktu tunggu pelayanan: a. obat jadi b. Obat racikan 4. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat 5. Kepuasan pelanggan	Tenaga apoteker dan asisten apoteker 100 % ≤ 30 menit ≤ 60 menit 100 %	Tenaga apoteker dan asisten apoteker 100 % ≤ 30 menit ≤ 60 menit 100 %	Tenaga apoteker dan asisten apoteker 100 % ≤ 30 menit ≤ 60 menit 100 %	Tenaga apoteker dan asisten apoteker 100 % ≤ 30 menit ≤ 60 menit 100 %	Kepala Sub bagian Tata Usaha Kepala Instalasi Farmasi Kepala Instalasi Farmasi Kepala Instalasi Farmasi/Komite Mutu Kepala Instalasi Farmasi/Komite Mutu	Jalan/komite mutu
10	Pelayanan Gizi	1. Pemberian pelayanan gizi 2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan gizi 3. Ketepatan waktu pemberian	Tenaga apoteker dan asisten apoteker 100 % ≤ 30 menit ≤ 60 menit 100 %	Tenaga apoteker dan asisten apoteker 100 % ≤ 30 menit ≤ 60 menit 100 %	Tenaga apoteker dan asisten apoteker 100 % ≤ 30 menit ≤ 60 menit 100 %	Tenaga apoteker dan asisten apoteker 100 % ≤ 30 menit ≤ 60 menit 100 %	Kepala Sub bagian umum dan kepegawaian Kepala Instalasi Gizi	Kepala Instalasi Gizi

		makanan kepada pasien yang sudah terjadwal						%				Gizi/ Ka. Instalasi Rawat Inap		
11	Pelayanan Laundry	4. Tidak adanya kesalahan pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi		
		5. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	Kepala Instalasi Gizi/Ka. Instalasi Rawat Inap	
		6. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	Kepala Instalasi Gizi/Komite Mutu	
		1. Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Kepala Instalasi Laundry	
		2. Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Laundry	
		3. Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Laundry	
12	Pelayanan CSSD	4. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang Rawat Inap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Laundry		
		5. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Laundry	
		6. Ketersediaan linen	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Laundry	
		1. Ketersediaan Fasilitas dan peralatan Pelayanan CSSD	3 set x jumlah tempat tidur	3 set x jumlah tempat tidur	3 set x jumlah tempat tidur	3 set x jumlah tempat tidur	3 set x jumlah tempat tidur	3 set x jumlah tempat tidur	3 set x jumlah tempat tidur	3 set x jumlah tempat tidur	3 set x jumlah tempat tidur	3 set x jumlah tempat tidur	3 set x jumlah tempat tidur	Kepala Instalasi Laundry
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen operasi dan alat steril serta kasa untuk ruangan Operasi dan rawat	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Unitsterilisasi
														Kepala Unitsterilisasi

15	Pengelolaan Limbah	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80%		≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	Kepala Instalasi Rekam Medik/Komite Mutu
	1. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah Rumah Sakit: padat, cair	Sesuai peraturan perundangan	Sesuai peraturan perundangan			Sesuai peraturan perundangan	Sesuai peraturan perundangan	Sesuai peraturan perundangan	Sesuai peraturan perundangan	Kepala Instalasi Sanitasi
	2. Pengelolaan limbah cair sesuai dengan aturan	Sesuai peraturan perundangan				Sesuai peraturan perundangan	Sesuai peraturan perundangan	Sesuai peraturan perundangan	Sesuai peraturan perundangan	Kepala Instalasi Sanitasi
	3. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100 %	100 %	90%	90%	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Sanitasi
	4. Baku mutu limbah cair:									
	a. BOD < 30 mg/l	100 %	100 %	90 %	90 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Sanitasi
	b. COD < 80 mg/l	100 %	100 %	90 %	90 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Sanitasi
	c. TSS < 30 mg/l	100 %	100 %	90 %	90 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Sanitasi
	d. PH 6-9	100 %	100 %	90 %	90 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Sanitasi
16	Pelayanan Administrasi Manajemen	1. Tindak Lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %	75 %	90 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Sub Bagian Tata Usaha
	2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

	Standar PPI	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Komite PPI	
	4. Rencana program PPI	Ada							Komite PPI	
	5. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100 %							Komite PPI	
	6. Penggunaan APD sesuai aturan saat melaksanakan tugas	100 %							Komite PPI	
	7. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosocomial/HAIs di Rumah Sakit, (minimal 1 parameter)	>85 %	>85 %	>85 %	>85 %	>85 %	>85 %	>85 %	Komite PPI	
20	Pelayanan keamanan	1. Petugas keamanan bersertifikat keamanan	30 %	50%	70%	80%	80 %	100 %	Kepala Sub bagian umum dan kepegawaian	
		2. Petugas keamanan melakukan keliling Rumah Sakit	Setiap 3 jam				Ada	Ada	KaSi Pelayanan Penunjang	
		3. Evaluasi terhadap sistem keamanan	Setiap 3 bulan				Setiap 3 bulan	Setiap 3 bulan	KaSi Pelayanan Penunjang	
		4. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung dan karyawan yang hilang	80 %	80%	80%	80 %	80 %	80 %	KaSi Pelayanan Penunjang	
		5. Tidak adanya barang milik rumah sakit yang hilang	100%				100%	100%	100%	Kepala bagian umum dan kepegawaian
		6. Kepuasan pelanggan	≥ 90%	80%	80%	80%	80%	≥ 90%	≥ 90%	Komite Mutu

B. Strategis Pencapaian SPM

Strategis Pencapaian SPM Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara Adalah Dengan ditetapkannya dokumen SPM Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara menuntut komitmen dan peran seluruh fungsional pelayanan dan unsur manajemen dalam pelaksanaannya. Berikut ini manajemen pelaksanaan SPM dalam mencapai target SPM di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara

1. Perencanaan SPM sebagai bagian dari perencanaan dalam pencapaiannya perlu strategi, program dan kegiatan (tahunan, tri bulanan, bulanan) yang seharusnya menjadi satu kesatuan secara berkesinambungan dengan dokumen Rencana Kinerja Tahunan (RKT), Pengukuran Kinerja Kegiatan (PKK) dan Pengukuran Pencapaian Sasaran (PPS) yang tercermin dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LKJIP).
2. Pelaksanaan masing-masing indikator dalam SPM dilakukan oleh instalasi/unit kerja dikaitkan dalam target kinerja instalasi /unit kerja yang pada akhirnya akan menjadi hasil kinerja instalasi / unit kerja tersebut. Untuk mencapai target kinerja perlu disusun strategi, program, kegiatan dalam periode waktu tertentu (tahunan, tri bulanan, bulanan) dengan catatan harus terukur.
3. Monitoring pelaksanaan SPM dilakukan oleh masing-masing Seksi dan Kepala Ruangan/Unit yang membawahi pelayanan tersebut, sesuai Peraturan Bupati Nomor 7 Tahun 2020 Tentang Pembentukan, Susunan Organisasi, Tugas dan fungsi serta tata kerja unit pelaksana teknis daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara

4. Evaluasi Proses evaluasi pengukuran target kinerja dikaitkan dengan kinerja masing-masing Unit/ruangan Proses evaluasi secara administratif mengenai penerapan SPM oleh Kepala Seksi, Perencanaan dan Evaluasi yang dikaitkan dengan LKJIP Rumah Sakit sebagai bahan rekomendasi dalam perencanaan berikutnya. Manajemen pelaksanaan SPM merupakan proses yang berkelanjutan, siklus yang tidak ada hentinya sehingga pada akhirnya memberikan manfaat bagi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara antara lain:

- 1) Menjamin kualitas pelayanan
- 2) Menjamin keamanan pasien
- 3) Menjamin kemudahan mendapatkan pelayanan
- 4) Persyaratan administratif untuk menjadi/sebagai BLUD
- 5) Sebagai tolok ukur kinerja pelayanan

BAB IV

SISTEM AKUNTABILITAS KINERJA

A. Renstra dan Penganggaran SPM

Secara Umum, Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajibansuatu organisasi untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan ataukegagalan organisasi dalam mencapai tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran yangtelah ditetapkan. Akuntabilitas keberhasilan dan/atau kegagalan dihasilkandari adanya sistem akuntabilitas kinerja yang meliputi penyusunan rencana strategis, rencana kinerja, penetapan kinerja, pelaksanaan kinerja danpengukuran kinerja serta pelaporan hasil kinerja yang merupakanpertanggungjawaban kinerja. Disamping itu juga dilakukan monitoringterhadap pelaksanaan dan capaian kinerja yang telah ditetapkan. SPMmerupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem akuntabilitas suatu Rumah Sakit, yaitu sebagai dasar dalam penyusunan perencanaan Rumah Sakit.

Pelaksanaan penyusunan Sistem Akuntabilitas Kinerja Pencapaian SPM

B. Monitoring dan Pelaksanaan SPM

Pengawasan dalampenyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM Rumah SakitUmum Daerah Kabupaten Buton Utara di Lakukan oleh Bupati, dan pengawasan Operasional dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit, oleh karena itu Pemerintah Daerah sangat berperan dalampelaksanaan monitoring dan pengawasan pelaksanaan Standar PelayananMinimal (SPM). Secara operasional penyelenggaraan pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah

Kabupaten Buton Utara sesuai SPM tersebut dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Utara,

Disamping itu manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara secara periodik (Semesteran/tahunan) membuat laporan pencapaian kinerja pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara sesuai SPM yang ditetapkan, dan disampaikan ke Bupati sebagai bahan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara, serta informasi/bahan pencapaian kinerja urusan kesehatan yang dilaksanakan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara. Berdasarkan laporan pencapaian kinerja (Pelaksanaan SPM) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara, pemerintah daerah melakukan evaluasi kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara dengan meminta bantuan instansi yang independen. Dari hasil evaluasi dapat diketahui keberhasilan dan kegagalan puskesmas dalam melaksanakan SPM yang telah ditetapkan, dan kendala dihadapi dalam pencapaiannya, sehingga Pemerintah serta menyediakan fasilitas dan sumber daya yang diperlukan.

C. Pengukuran Capaian dan Evaluasi Kinerja

Pengukuran capaian kinerja dilakukan dengan membandingkan antar target indikator yang ditetapkan dengan capaiannya (realisasi) dan/atau membandingkan dengan capaian tahun sebelumnya. Rumusan dalam rangkapengukuran kinerja dilakukan sesuai dengan rumusan/profil indikator kinerja mutu pelayanan berdasarkan standar pelayanan minimal.

BAB V

PENUTUP

Kedudukan sebagai Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton Utara dengan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD memberikan kebebasan bagi Rumah Sakit dalam mengelolakeuangannya, namun didalamnya terkandung janji untuk dapat menyediakan pelayanan dengan indikator dan standar kinerja pelayanan yang baik (dalam bentuk SPM). SPM-RS pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan RS atau seluruh aktivitas RS yang berhubungan / berpengaruh pada hasil dan operasional RS dalam mencapaitujuannya yang wajib dilaksanakan oleh penyelenggara RS (pelayanan dan manajemen) berdasarkan standar kinerja yang ditetapkan. Manajemen pelaksanaan SPM menuntut kontribusi Unit/Ruangan dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasinya. Perencanaan disesuaikan dengan perkembangan kebutuhan, prioritas, kemampuan keuangan, fasilitas, dan kemampuan SDM. Dengan disusunnya SPM diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan akuntabilitas kinerja dan meningkatkan mutu layanan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buton utara. Disamping itu SPM juga dapat menjadi acuan bagi pengelol rumah sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan. Mengingat bahwa SPM bersifat dinamis maka hal-hal lain yang belum tercantum dalam dokumen SPM ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan akan dilakukan reviu secara berkala sesuai pedoman reviu dokumen yang berlaku atau apabila ada perubahan peraturan terkait SPM.

Lampiran

URAIAN INDIKATOR DAN FORMULA PENGUKURAN

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1.)	Judul	Kemampuan Menangani <i>life saving</i> di Gawat Darurat
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan
2.	Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
3.	Definisi Operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i>
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di gawat darurat
7.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di Instalasi Gawat Darurat
8.	SumberData	Register Gawat Darurat, Rekam Medik
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat
2.)	Judul	Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan Yang Bersertifikat Yang Masih Berlaku Antara Lain <i>Basic Cardiac Life Support (BCLS)</i>, <i>Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS)</i>, <i>Advance Cardiac Life Support (ACLS)</i>, <i>Advance Trauma Cardiac Life Support (ATLS)</i>, Pelatihan Penanganan Gawat Darurat (PPGD)
1.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
2.	Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan.
3.	Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada instalasi gawat darurat adalah tenaga kesehatan yang sudah memiliki sertifikat pelatihan <i>Basic Cardiac Life Support (BCLS)</i> , <i>Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS)</i> , <i>Advance Cardiac Life Support (ACLS)</i> , <i>Advance Trauma Cardiac Life Support (ATLS)</i> , Pelatihan Penanganan Gawat Darurat (PPGD) yang masih berlaku.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat <i>Basic Cardiac Life Support (BCLS)</i> , <i>Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS)</i> , <i>Advance Cardiac Life Support (ACLS)</i> , <i>Advance Trauma Cardiac Life Support (ATLS)</i> , Pelatihan Penanganan Gawat Darurat (PPGD) yang masih berlaku.
7.	Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan.
8.	SumberData	Instalasi Gawat Darurat Bagian Diklat
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat Kepala Bagian

	a	SDM
3.)	Judul	Ketersediaan Tim penanggulangan Bencana
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
2.	Tujuan	Kesiagaan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
3.	Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di Rumah Sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di Rumah Sakit
7.	Denominator	Tidak ada
8.	Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat
9.	Standar	1tim
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Komite Mutu
4.)	Judul	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
1.	Dimensi Mutu	Keterjangkauan
2.	Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat 24 jam di Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif jambu kagawat darurat dalam satu bulan
7.	Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
8.	SumberData	Laporan bulanan
9.	Standar	24 jam
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5.) Judul		Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat, Setelah Pasien Datang
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
2.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan dan mengendalikan kondisi pasien dengan kegawatdaruratan.
3.	Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan di instalasi gawat darurat adalah lama waktu sejak pasien datang di IGD sampai mendapat pelayanan dari dokter.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang di perlukan sejak pasien datang yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
7.	Denominator	Jumlah sampel pasien secara acak (minimal n=50)
8.	Sumber Data	Sample
9.	Standar	≤5 menit terlayani setelah pasien datang
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Komite Mutu
6.) Judul		Tidak Adanya Pasien Yang Diharuskan Membayar Uang Muka
1.	Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
2.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
3.	Definisi personal	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak Rumah Sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
4.	Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
5.	Periode analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membay ruang muka
7.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
8.	Sumber data	Survei
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

7.)	Judul	Kematian Pasien <24 Jam
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
2.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.
3.	Definisi operasional	Kematian pasien <24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode <24jam sejak pasien datang.
4.	Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
5.	Periode analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode <24 jam sejak pasien datang
7.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
8.	Sumber data	Rekam medik
9.	Standar	≤2 per seribu
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat
8.)	Judul	Kepuasan Pelanggan
1.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
2.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
3.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pelanggan instalasi gawat darurat yang di survey
7.	Denominator	Jumlah seluruh pelanggan instalasi gawat darurat yang di survey (minimal n=50)
8.	Sumber Data	Survey
9.	Standar	≥70%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Komite Mutu

2. PELAYANAN RAWAT JALAN

1.)	Judul	Dokter Pemberi Pelayanan Di Poliklinik Spesialis
1.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
2.	Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
3.	Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah tempat pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit yang di layani oleh dokter spesialis
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang di layani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
7.	Denominator	Jumlah hari kerja dalam satu bulan dikalikan jumlah klinik spesialis
8.	Sumber Data	Register Rawat Jalan klinik spesialis
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan
2.)	Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan
1.	Dimensi Mutu	Akses dan kesinambungan pelayanan
2.	Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan Rawat Jalan spesialistik yang minimal harus ada di RSUD Kabupaten Buton Utara
3.	Definisi Operasional	Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan Rawat Jalan spesialistik yang dilaksanakan di instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jenis-jenis pelayanan Rawat Jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
7.	Denominator	Tidakada
8.	SumberData	Register RawatJalan
9.	Standar	Sesuai dengan jenis dan kelas Rumah Sakit/Minimal:Klinik interna, klinik obgyn, klinik bedah, klinik anak, klinik gigi dan mulut, klinik umum, Klinik fisioterapi
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Rawat Jalan

3.)	Judul	Jam Buka Pelayanan
1.	Dimensi Mutu	Akses dan kesinambungan pelayanan
2.	Tujuan	Tersedianya pelayanan Rawat Jalan oleh tenaga kesehatan yang kompeten pada hari kerja di Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan Rawat Jalan oleh tenaga kesehatan yang kompeten ,dimulai jam buka 08.00s/d 14.00 WITA Setiap hari kecuali Jumat:08.00s/d11.30WITA
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah hari pelayanan kesehatan Rawat Jalan yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
7.	Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan kesehatan Rawat Jalan dalam satu bulan
8.	Sumber Data	Register Rawat Jalan
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan
4.)	Judul	Waktu Tunggu di Rawat Jalan
1.	Dimensi Mutu	Akses
2.	Tujuan	Tersedianya pelayanan kesehatan Rawat Jalan pada hari kerja Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pelanggan (pasien).
3.	Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang di perlukan mulai pelanggan (pasien) mendaftar sampai dilayani oleh tenaga kesehatan yang kompeten.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelanggan Rawat Jalan yang survey.
7.	Denominator	Jumlah seluruh pelanggan Rawat Jalan yang disurvei
8.	Sumber Data	Survey pasien Rawat Jalan
9.	Standar	≤60menit
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu

5.)	Judul	Terlaksananya Pelayanan Rawat Jalan
1.	Dimensi Mutu	Efektivitas
2.	Tujuan	Terlaksananya pelayanan Rawat jalan di Rumah sakit
3.	Definisi Operasional	Terlaksananya pelayanan rawat jalan adalah berjalannya kegiatan pelayanan dibidang layanan rawat jalan yang dikoordinasikan oleh bagian pelayanan medis , keperawatan dan penunjang
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga Bulan
5.	Periode Analisa	Tiga Bulan
6.	Numerator	Jumlah seluruh layanan rawat jalan
7.	Denominator	Tidak ada
8.	SumberData	Rekam Medik
9.	Standar	100%
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan
6.)	Judul	Kepuasan Pelanggan di Rawat Jalan
1.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
2.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan Rawat Jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
3.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan Rawat Jalan
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pelanggan Rawat Jalan yang di survey
7.	Denominator	Jumlah seluruh pelanggan Rawat Jalan yang disurvey(minimal=50)
8.	Sumber Data	Survey
9.	Standar	≥90%
10.	Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu

3.)	Judul	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap
1.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis,kesinambunganpelayanan
2.	Tujuan	Tersedianya pelayanan Rawat Inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
3.	Definisi Operasional	Penanggung jawab Rawat Inap adalah dokter spesialis yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan Rawat Inap sesuai kebutuhan pasien
4.	Frekuensi PengumpulanData	1 bulan
5.	PeriodeAnalisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter spesialis sebagai penanggung jawab
7.	Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi Rawat Inap dalam satu bulan
8.	SumberData	Rekam medik
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap
4.)	Judul	Jam Visite Dokter Spesialis
1.	Dimensi Mutu	Akses dan kesinambungan pelayanan
2.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian dokter spesialis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
3.	Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis pada hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang di lakukan antara jam 08.00-14.00
4.	Frekuensi PengumpulanData	1 bulan
5.	PeriodeAnalisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00-14.00 yang di survey
7.	Denominator	Jumlah pelaksanaa nvisite dokter spesialis yang disurvei
8.	SumberData	Survei
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	KepalainstalasiRawatInap/komiteMutu
5.)	Judul	Kejadian Infeksi Pasca Operasi
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan,kenyamanan
2.	Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasidan perawatan pascaoperasi yang bersih sesuai standar.
3.	Definisi Operasional	Infeksi pascaoperasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (rubor) , pengerasan (dolor) dan keluarnya nanah (pus)dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam.
4.	Frekuensi PengumpulanData	1bulan
5.	PeriodeAnalisa	1bulan

6.	Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan.
7.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan.
8.	Sumber Data	RekamMedis
9.	Standar	$\leq 1,5\%$
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Ketua Mutu
6.)	Judul	Angka Kejadian Infeksi Nosokomial
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
2.	Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosocomial
3.	Definisi Operasional	Infeksi nosocomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di Rumah Sakit yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis dan infeksi luka operasi.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah pasien Rawat Inap yang terkena infeksi nosocomial dalam satu bulan.
7.	Denominator	Jumlah pasien Rawat Inap dalam satu bulan.
8.	Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosocomial
9.	Standar	$\leq 1,5\%$
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	IPCN
7.)	Judul	Tidak Adanya Kejadian Pasien yang Jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
2.	Tujuan	Tergambarkan pelayanan kesehatan rawat inap yang aman bagi pasien
3.	Definisi Operasional	Pasien Jatuh adalah kejadian pasien selama dirawat yang menyebabkan kecacatan atau kematian.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang Jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
7.	Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
8.	Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap.
8.)	Judul	Kematian Pasien >48 Jam
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan, dan efektifitas
2.	Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien Rawat Inap di Rumah Sakit yang aman dan efektif.
3.	Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien Rawat Inap masuk Rumah Sakit.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	1 bulan

6.	Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien Rawat Inap > 48 jam dalam satu bulan.
7.	Denominator	Jumlah seluruh pasien Rawat Inap dalam satu bulan.
8.	Sumber Data	Rekam Medik
9.	Standar	$\leq 24/1000$ (International) atau $\leq 25/1000$ (Indonesia)
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Ketua Komite Mutu
9.)	Judul	Kejadian Pulang Sebelum Dinyatakan Sembuh (pulang paksa)
1.	Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
2.	Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Pulang sebelum sembuh adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah pasien pulang sebelum dinyatakan sembuh dalam satu bulan.
7.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat Inap dalam satu bulan.
8.	Sumber Data	Rekam Medik
9.	Standar	$\leq 5\%$
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Ketua Komite Mutu
10.)	Judul	Kepuasan Pelanggan Di Instalasi Rawat Inap
1.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
2.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan Rawat Inap yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
3.	Definisi Operasioal	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Rawat Inap
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam persen)
7.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (N minimal = 50)
8.	Sumber Data	Survei
9.	Standar	$\geq 90\%$
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Komite Mutu

4. PELAYANAN BEDAH DAN ANESTESI

1.)	Judul	Ketersediaan Tim Bedah
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
2.	Tujuan	Kesiapan Rumah Sakit dalam penyelidikan pelayanan bedah sentral
3.	Definisi Operasional	Tim bedah adalah tim yang siap untuk melaksanakan pelayanan bedah sesuai kebutuhan dan sesuai kelas Rumah Sakit baik cito maupun elektif, yang terdiri dari dokter spesialis, perawat, dan petugas instrument sesuai ketentuan yang berlaku
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah tim yang tersedia
7.	Denominator	Tidak ada
8.	Sumber Data	Unit Bedah dan Anestesi
9.	Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas Rumah Sakit dan kebutuhan (Beban Kerja)
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Bedah
2.)	Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Ruang Operasi
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
2.	Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan bedah
3.	Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bedah baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas Rumah Sakit
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan bedah sentral
7.	Denominator	Fasilitas dan peralatan yang seharusnya ada sesuai kelas Rumah Sakit
8.	Sumber Data	Inventaris Unit Bedah
9.	Standar	Sesuai dengan kelas Rumah Sakit
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Bedah
3.)	Judul	Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
2.	Tujuan	Rumah Sakit mampu menyediakan pelayanan operatif sesuai dengan kelas dan unggulan Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Tindakan operatif adalah tindakan pembedahan mayor yang dilaksanakan di Instalasi Bedah Sentral
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan

5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jenis tindakan operatif yang dapat dikerjakan
7.	Denominator	Jenis tindakan operatif yang seharusnya dapat dilakukan sesuai kelas Rumah Sakit
8.	Sumber Data	Unit bedah
9.	Standar	100%
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Bedah
4.)	Judul	Waktu Tunggu Operasi Elektif
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisien
2.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
3.	Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
7.	Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut.
8.	Sumber Data	Rekam Medis
9.	Standar	≤ 2 hari
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Bedah
5.)	Judul	Tidak adanya kejadian Operasi Salah Sisi
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
2.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian Instalasi Bedah Sentral terhadap keselamatan pasien.
3.	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.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentin elevent</i>
5.	Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentin elevent</i>
6.	Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan.
7.	Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.
8.	Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
9.	Standar	100%
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Bedah / Ketua Komite Medik

6.)	Judul	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
2.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian Instalasi Bedah Sentral terhadap keselamatan pasien.
3.	Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinelevent</i>
5.	Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinelevent</i>
6.	Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan.
7.	Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.
8.	SumberData	Rekam Medis,laporan keselamatan pasien
9.	Standar	100%
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Bedah/Ketua Komite Medik
7.)	Judul	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
2.	Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan.
3.	Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan.
4.	Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinelevent</i>
5.	Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinelevent</i>
6.	Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan.
7.	Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satubulan.
8.	SumberData	Rekam Medis,laporan keselamatan pasien
9.	Standar	100%
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala UnitBedah/Ketua KomiteMedik
8.)	Judul	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi
1.	DimensiMutu	Keselamatan Pasien
2.	Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
3.	DefinisiOperasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan.
4.	Frekuensi PengumpulanData	1 bulan dan <i>sentinelevent</i>

5.	PeriodeAnalisa	1 bulan dan <i>sentinelevent</i>
6.	Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
7.	Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan.
8.	SumberData	Rekam Medis,laporan keselamatan pasien
9.	Standar	100%
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Bedah/Ketua Komite Medik
9.)	Judul	Komplikasi Anestesi Karena Overdosis,Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan <i>Endotracheal Tube</i>
1.	DimensiMutu	Keselamatan Pasien
2.	Tujuan	Tergambarnya kecermatan tindakanan estesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung.
3.	Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anatesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i> .
4.	Frekuensi PengumpulanData	1 bulan dan <i>sentinelevent</i>
5.	PeriodeAnalisa	1 bulan dan <i>sentinelevent</i>
6.	Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalamsatu bulan.
7.	Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalamwaktu satu bulan.
8.	SumberData	RekamMedis
9.	Standar	≤6%
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Bedah/Ketua Komite Medik
10.)	Judul	Kejadian Kematian DiMeja Operasi
1.	DimensiMutu	Keselamatan,efektivitas
2.	Tujuan	Tergambarnya efektivitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien.
3.	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.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulandansentinelevent
5.	Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinelevent</i>
6.	Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan.
7.	Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan .
8.	SumberData	RekamMedik,laporan keselamatan pasien
9.	Standar	≤1%
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala UnitBedah/Ketua Komite Medik

2.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap Mutu Instalasi Bedah
3.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Instalasi Bedah Sentral yang diberikan oleh petugas
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen).
7.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (nminimal 50).
8.	SumberData	Survei
9.	Standar	≥90%
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Mutu

5. PELAYANAN INTENSIF

1)	Judul	Pemberi unit pelayanan Intensif
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
2.	Tujuan	Kesiapan Rumah Sakit dalam menyediakan pelayanan intensif
3.	Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis dan perawat yang mempunyai kompetensi sesuai yang disyaratkan dalam persyaratan kelas Rumah Sakit
4.	Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
5.	Periode analisis	6 bulan
6.	Numerator	Jumlah tenaga pelayanan intensif yang tersedia
7.	Denominator	Tidak ada
8.	Sumber data	Unit Pelayanan Intensif
9.	Standar	Dokter anestesi dan dokter sub spesialis dalam ilmu anestesiologi dan terapi intensif 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat pelatihan intensif, perawat mahir intensif
10.	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rawat Inap
2)	Judul	Kepatuhan terhadap <i>Hand Hygiene</i>
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan
2.	Tujuan	Menjamin <i>hygiene</i> dalam melayani pasien di ruang intensif
3.	Definisi Operasional	<i>Hand hygiene</i> adalah prosedur cuci tangan sesuai dengan ketentuan 6 langkah cuci tangan
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
5.	Periode Analisis	3 bulan sekali
6.	Numerator	Jumlah perawat yang diamati dan memenuhi prosedur <i>hand hygiene</i>

6. PELAYANAN RADIOLOGI

1.)	Judul	Pemberi Pelayanan Radiologi
1.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
2.	Tujuan	Tersedianya Pelayanan Radiologi oleh tenaga kompeten
3.	Definisi operasional	Pemberi pelayanan radiologi adalah dokter spesialis radiologi dan radiographer sesuai dengan persyaratan kelas Rumah Sakit
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisis	3 bulan
6.	Numerator	Jenis tenaga yang memberikan pelayanan radiologi
7.	Denominator	1
8.	Sumber Data	Umum dan Kepegawaian
9.	Standar	Dokter spesialis radiologi dan radiographer sesuai dengan persyaratan kelas Rumah Sakit
10.	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Sub bagian umum dan kepegawaian
2.)	Judul	Pelaksanaan ekspertisi
1.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
2.	Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan roentgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
3.	Definisi Operasional	Pelaksanaan ekspertisi roentgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto roentgen / hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantulkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirim kepada dokter yang meminta.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah foto roentgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan.
7.	Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto roentgen dalam satu bulan
8.	Sumber Data	Register di instalasi radiologi
9.	Standar	>90%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Radiologi
3.)	Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax
1.	Dimensi Mutu	Keefektifan, efisien, kesinambungan layanan
2.	Tujuan	Tergambarnya waktu yang diperlukan untuk pelayanan radiologi
3.	Definisi Operasional	Waktu yang diperlukan mulai pasien melakukan registrasi di ruang radiologi sampai diterimanya hasil radiologi lengkap
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah pasien radiologi yang mendapatkan pelayanan < 3 jam

7.	Denominator	Jumlah seluruh perawat yang dia mati
8.	Sumberdata	Survey
9.	Standar	100%
10	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rawat Inap/IPCN
3)	Judul	Rata-Rata Pasien Yang Kembali Keperawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama < 72 Jam
1.	DimensiMutu	Efektifitas
2.	Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
3.	Definisi operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang Rawat Inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
4.	Frekuensi pengumpulandata	1 bulan
5.	Periodeanalisis	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
7.	Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat diruang intensif dalam periode yang sama
8.	Sumberdata	Rekam medis
9.	Standar	≤3%
10	Penanggung Jawab PengumpulanData	Kepala Instalasi Rawat Inap
4)	Judul	Kepuasan Pelanggan
1.	DimensiMutu	Kenyamanan
2.	Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat intensif yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
3.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat intensif
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam persen)
7.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (Nminimal=50)
8.	SumberData	Survei
9.	Standar	≥90%
10.	Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Mutu

7.	Denominator	Jumlah seluruh pasien radiologi
8.	Sumber Data	Formulir permintaan radiologi yang dibubuhi jam datang dan jam penyerahan hasil
9.	Standar	$\geq 80\%$
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Radiologi
4.)	Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
2.	Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
3.	Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
7.	Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
8.	Sumber Data	Registerradiologi
9.	Standar	$\leq 2\%$
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Radiologi
5.)	Judul	Kepuasan pelanggan
1.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
2.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
3.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
7.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
8.	Sumber Data	Survey
9.	Standar	$\geq 80\%$
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Radiologi/komite Mutu

INSTALASI LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1.)	Judul	Pelaksanaan ekspertisi
1.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
2.	Tujuan	Tersedianya Pelayanan laboratorium oleh tenaga kompeten
3.	Definisi operasional	Pemberi pelayanan laboratorium adalah dokter spesialis Patologi Klinik dan anatomi
4.	Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
5.	Periode analisis	3 bulan
6.	Numerator	Jenis dan jumlah tenaga yang memberikan pelayanan Laboratorium
7.	Denominator	Tidak ada
8.	Sumber data	Kepegawaian, Unit Laboratorium
9.	Standar	Dokter spesialis Patologi Klinik dan anatomi
10.	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Sub bagian umum dan kepegawaian
2.)	Judul	Pelaksanaan ekspertisi
1.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
2.	Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
3.	Definisi Operasional	Pelaksanaan ekspertisi laboratorium adalah Dokter Spesialis Patologi Klinik atau dokter umum bersertifikat 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.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik atau dokter umum yang bersertifikat dalam satu bulan
7.	Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
8.	Sumber Data	Register di Unit Laboratorium
9.	Standar	100%
10.	Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Unit Laboratorium

3.)	Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas,kesinambunganpelayanan,efesiensi
2.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
3.	Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah.Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	PeriodeAnalisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
7.	Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratoriumyang disurvei dalam bulan tersebut
8.	Sumber Data	Survey
9.	Standar	≤140 menit kimia darah dan darah rutin
10.	Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Unit Laboratorium
4.)	Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
1.	DimensiMutu	Keselamatan
2.	Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
3.	DefinisiOperasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	PeriodeAnalisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
7.	Denominator	Jumlah pasien yang diperiksadi laboratorium dalam bulan tersebut
8.	SumberData	Rekammedis
9.	Standar	100%
10.	Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Unit Laboratorium

5.)	Judul	Kepuasan pelanggan
1.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
2.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
3.	Definisi Operasion	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
4.	Frekuensi PengumpulanData	1 bulan
5.	PeriodeAnalisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
7.	Denominator	Jumlahtotalpasienyangdisurvei(nminimal50)
8.	SumberData	Survey
9.	Standar	≥90%
10.	Penanggungjawab pengumpul data	KepalaUnitLaboratorium/KomiteMutu

PELAYANAN FISIOTERAPI

1.)	Judul	Pemberi Pelayanan di instalasi Fisioterapis
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
2.	Tujuan	Kesiapan Rumah Sakit dalam menyediakan pelayanan rehabilitasi medik
3.	Definisi Operasional	Pemberi pelayanan Fisioterapis adalah fisioterapis yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan di dalam persyaratan kelas Rumah Sakit
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
5.	Periode Analisis	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah dan jenis tenaga pelayanan fisioterapis
7.	Denominator	Tidak ada
8.	Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan
9.	Standar	Fisioterapis yang bersertifikat
10.	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

PELAYANAN FARMASI

1.)	Judul	Pemberi Pelayanan Farmasi
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
2.	Tujuan	Kesiapan Rumah Sakit dalam menyediakan pelayanan Pelayanan Farmasi
3.	Definisi Operasional	Pemberi pelayanan farmasi adalah Apoteker dan Asisten Apoteker yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas Rumah Sakit
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
5.	Periode Analisis	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah dan jenis tenaga pelayanan Pelayanan Farmasi
7.	Denominator	1
8.	Sumber Data	Instalasi Farmasi
9.	Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas Rumah Sakit tenaga apoteker dan asisten apoteker
10.	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Sub bagian umum dan kepegawaian
2.)	Judul	Penulisan resep sesuai formularium
1.	Dimensi Mutu	Efisien
2.	Tujuan	Tergambarnya efisien pelayanan obat kepada pasien
3.	Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di Rumah Sakit
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam satu bulan
7.	Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)
8.	Sumber Data	Survey
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi
3.a)	Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas,kesinambungan pelayanan,efisien
2.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi

3.	Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
7.	Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
8.	Sumber Data	Survey
9.	Standar	≤ 30 %menit
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi
3.b)	Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas,kesinambunganpelayanan,efisiensi
2.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
3.	Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisis	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 bulan
7.	Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
8.	Sumber Data	Survei
9.	Standar	≤ 60 menit
10.	Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi
4.)	Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
2.	Tujuan	Tergambarnya, tidak adanya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
3.	Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan

6.	Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang di survey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
7.	Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei.
8.	Sumber Data	Survey
9.	Standar	100%
10.	Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi
5.)	Judul	Kepuasan pelanggan
1.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
2.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
3.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
7.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
8.	Sumber Data	Survey
9.	Standar	>80%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi/ Komite Mutu

PELAYANAN GIZI

1.)	Judul	Pemberi Pelayanan Gizi
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
2.	Tujuan	Kesiapan Rumah Sakit dalam menyediakan pelayanan gizi
3.	Definisi Operasional	Pemberi pelayanan gizi adalah tenaga ahli gizi yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas Rumah Sakit
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	3bulan

5.	Periode Analisis	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah dan jenis tenaga ahli gizi yang bekerja diinstalasi gizi
7.	Denominator	1
8.	Sumber Data	Instalasi Gizi
9.	Standar	Sesuai pola ketenagaan yang tersedia
10.	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Sub bagian umum dan kepegawaian
2.)	Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien yang sudah terjadwal
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan.
2.	Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
3.	Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah pasien Rawat Inap yang di survey yang dapat makanan tepat waktu yang disurvei dalam satu bulan
7.	Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
8.	Sumber Data	Survei
9.	Standar	≥90%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Gizi/ Kepala Instalasi Rawat Inap
3.)	Judul	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet
1.	Dimensi Mutu	Keamanan efisiensi
2.	Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan Instalasi Gizi
3.	Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
4.	Frekuensi pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisis	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet

7.	Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 bulan
8.	Sumber Data	Survei
9.	Standar	100%
10.	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap
4.)	Judul	Sisamakanan yang tidak termakan oleh pasien
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
2.	Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
3.	Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi Rumah Sakit)
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
7.	Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
8.	Sumber Data	Survey
9.	Standar	<20%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap
5.)	Judul	Kepuasan Pelanggan
1.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
2.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi
3.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisis	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
7.	Denominator	Jumlah pasien yang disurvei (minimal 50)

8.	Sumber Data	Survei
9.	Standar	≥80%
10.	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gizi/Komite Mutu

PELAYANAN LAUNDRY

1.)	Judul	Ketersediaan Pelayanan Laundry
1.	Dimensi Mutu	Akses,kenyaman
2.	Tujuan	Tersedianya linen bersih untuk pelayan Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Pelayanan laundry adalah pelayanan pencucian, penyiapan, dan penyediaan linen bersih di Rumah Sakit baik di lakukan oleh Rumah Sakit atau pihak ketiga
4.	Frekwensi Pegumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Pelayanan laundry di Rumah Sakit
7.	Denominator	Tidak ada
8.	Sumber data	Instalasi laundry
9.	Standar	Tersedia
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laundry
2.)	Judul	Ketetapan Pengelolaan Linen Infeksius
1.	Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektivitas
2.	Tujuan	Terkendalinya infeksi di Rumah Sakit akibat lineninfeksius
3.	Definisi Operasional	Lineninfeksius adalah linen yang dicurigai terkontaminasi cairan tubuh dan berpotensi menularkan penyakit menular
4.	Frekwensi Pegumpulan Data	1 bulan
5.	PeriodeAnalisa	1 bulan
6.	Numerator	Jumlah pengamatan proses pengelolaan linen infeksius di lakukan benar
7.	Denominator	Jumlah seluruh pengamatan proses pengelola nlineninfeksius

8.	Sumberdata	Survey
9.	Standar	100%
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laundry
3.)	Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang Rawat Inap
1.	Dimensi Mutu	Efisien dan efektifitas
2.	Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan Mutu pelayanan laundry
3.	Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	PeriodeAnalisa	1 bulan
6.	Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
7.	Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
8.	Sumber Data	Survey
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala sub bagian Umum dan Kepegawaian

4.) Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	
1. Dimensi Mutu	Efisien dan efektifitas	
2. Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan Mutu pelayanan laundry	
3. Definisi Operasional	Tidak ada	
4.. Frekuensi PengumpulanData	1 bulan	
5. Periode Analisa	1 bulan	
6. Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan	
7. Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut	
8. SumberData	Survei	
9. Standar	100%	
10. Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laundry	
5.) Judul	Ketersediaan Linen	
1. Dimensi Mutu	Efisiensi,efektivitas,Kenyamanan	
2. Tujuan	Tergambarnya kemampuan instalasi laundry dalam mencukupi kebutuhan linen Rumah Sakit	
3. Definisi Operasional	Ketersedian linen adalah tersedianya linen yang terdiri darisprey, sarung bantal, selimut,stiklaken, dan perlak dalam jumlah yang cukup	
4. Frekwensi PegumpulanData	1 bulan	
5. PeriodeAnalisa	1 bulan	
6. Numerator	Jumlah linen yang tersedia	
7. Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur yang ada di Rumah Sakit	
8. Sumberdata	Inventaris laundry	
9. Standar	2,5-3set untuk tiap tempat tidur	
10. PenanggungJawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laundry	

PELAYANAN CSSD

1.)	Judul	Ketersediaan Fasilitas dan peralatan Pelayanan CSSD
1.	Dimensi Mutu	Mutu dan aktifitas
2.	Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan sterilisasi
3.	Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan sterilisasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan sterilisasi sesuai dengan persyaratan kelas Rumah Sakit
4.	Frekwensi Pegumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah linen dan alat steril
7.	Denominator	Jumlah linen dan alat onsteril dalam packing
8.	Sumberdata	Inventaris Instalasi stelisasi
9.	Standar	100%
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit CSSD
2.)	Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen operasi dan alat steril serta kasa untuk ruangan OK dan Rawat Inap
1.	Dimensi Mutu	Peningkatan Mutu pelayanan Rumah Sakit
2.	Tujuan	Tergambarnya pengendalian Mutu pelayanan CSSD dan Pencegahan Infeksi melalui Pengelolaan Instrumen yang Benar
3.	Definisi Operasional	Suatu proses pengelolaan dan penyediaan linen operasi dan alat steril serta kasa untuk ruangan OK dan Rawat Inap menggunakan Bahan Dekontaminasi sesuai standar PPI dan ketersediaan bahan preklening-Proses sterilisasi (dekontaminasi) yang di butuhkan untuk mencegah terjadinya penularan infeksi melalui Instrumen Medis
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah hari mengelola Instrumen sesuai standar
7.	Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
8.	SumberData	Survey
9.	Standar	100%
10.	Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Unit CSSD

3.)	Judul	Tidak adanya kejadian Instrumen yang hilang
1.	Dimensi Mutu	Efisien dan efektifitas
2.	Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan Mutu pelayanan CSSD
3.	Definisi Operasional	Tidak ada
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	1 bulan
6.	Numerator	Jumlah Instrumen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
7.	Denominator	Jumlah Instrumen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
8.	Sumber Data	Survei
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit sterilisasi
4.)	Judul	Ketepatan waktu penyediaan Instrumen untuk unit yang membutuhkan
1.	Dimensi Mutu	Efisien dan efektifitas
2.	Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan Mutu pelayanan CSSD
3.	Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan Instrumen adalah ketepatan penyediaan Instrumen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	1 bulan
6.	Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan Instrumen tepat waktu
7.	Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
8.	Sumber Data	Survey
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit sterilisasi

SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT (SIMRS)

1.)	Judul	Tersedianya perangkat SIMRS
1.	Dimensi Mutu	Mutu, Akses, efektifitas
2.	Tujuan	Terlaksananya akses informasi tentang data pasien dan data rumah sakit dengan lebih efektif
3.	Definisi Operasional	Tersedianya perangkat SIMRS adalah tersedianya perangkat system informasi baik berupa informasi pasien dan informasi lain yang dapat diakses dengan lebih mudah sehingga kegiatan di rumah sakit lebih efektif
4.	Frekwensi Pengumpulan Data	3 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah perangkat SIMRS yang dapat digunakan
7.	Denominator	Jumlah seluruh perangkat SIMRS
8.	Sumber data	survey
9.	Standar	100%
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Kepala SIMRS
2.)	Judul	Penginputan Data
1.	Dimensi Mutu	Efektivitas, kesenambungan pelayanan keamanan
2.	Tujuan	Tersedianya layanan informasi berupa data yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan
3.	Definisi Operasional	Penginputan Data adalah kegiatan pengimputan data data yang diperlukan oleh rumah sakit meliputi aspek pelayanan dan aspek management diterima paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya
4.	Frekwensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah jenis data yang dapat diinput paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya
7.	Denominator	Jumlah jenis data yang dibutuhkan oleh satuan kerja
8.	Sumber data	Seluruh satuan kerja
9.	Standar	80%
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala SIMRS

3.)	Judul	Waktu menanggapi gangguan dan perbaikan
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas dan kesinambungan pelayanan
2.	Tujuan	Tergambarnya waktu menanggapi gangguan dan perbaikan
3.	Definisi Operasional	Waktu yang dibutuhkan dari mulai laporan gangguan diterima sampai petugas selesai melakukan perbaikan peralatan komputer dan jaringan dalam waktu kurang dari 6 jam, tidak termasuk penggantian sparepart
4.	Frekwensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	1 bulan
6.	Numerator	Jumlah laporan gangguan yang diselesaikan < 6 jam
7.	Denominator	Jumlah laporan gangguan
8.	Sumber data	Laporan data SIMRS
9.	Standar	80%
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Kepala SIMRS
4.)	Judul	Layanan informasi data
1.	Dimensi Mutu	Efisiensi dan kesinambungan pelayanan
2.	Tujuan	Tersedianya layanan informasi berupa data yang diperlukan
3.	Definisi Operasional	Layanan informasi data adalah layanan yang menyediakan data sebagai bahan informasi yang diperlukan untuk kesinambungan pelayanan
4.	Frekwensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah data yang tersedia masing-masing satker
7.	Denominator	1 bulan
8.	Sumber data	Pencatatan satuan kerja
9.	Standar	Tersedia data yang dihasilkan masing-masing satker dalam sebulan
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Kepala SIMRS

PELAYANAN REKAM MEDIK

1.)	Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan Rawat Jalan
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas,kenyamanan,efisiensi
2.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran Rawat Jalan
3.	Definisi Operasional	Dokumenrekam medis Rawat Jalan dan dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan Rawat Jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medis disediakan / ditemukan oleh petugas
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel Rawat Jalan yang diamati
7.	Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (ntidak kurang dari 100)
8.	Sumber Data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran Rawat Jalan untuk pasien baru / di ruang rekam medis untuk pasien lama.
9.	Standar	Rerata \leq 10menit
10.	Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik
2.)	Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan Rawat Inap
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas,kenyamanan,efisiensi
2.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik Rawa tInap
3.	Definisi Operasional	Dokumen rekam medis Rawat Inap adalah dokumen rekammedis 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 rekammedis Rawat Inap tersedia dibangsal pasien
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis Rawat Inap yang diamati
7.	Denominator	Total penyediaan rekam medis Rawat Inap yang diamati
8.	Sumber Data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran Rawat Inap
9.	Standar	Rerata $<$ 20menit

10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik
3.)	Judul	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
1.	Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
2.	Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis
3.	Definisi Operasional	Rekam medis yang lengkap adalah, rekam medis 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, tidak lanjut, dan resume.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
7.	Denominator	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan
8.	Sumber Data	Survey
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik
4.)	Judul	Kelengkapan <i>informed consent</i> telah mendapatkan informasi yang jelas
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan
2.	Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan keluarga/ pendamping untuk mendapatkan persetujuan tindakan medis psikiatrik yang akan dilakukan.
3.	Definisi Operasional	<i>Informed consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien dan keluarga / pendamping setelah mendapatkan penjelasan mengenai tindakan medis psikiatrik yang akan dilakukan.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah pasien yang memberikan persetujuan tindakan medis psikiatrik (<i>informed consent</i>) sebelum dilakukan tindakan medis psikiatrik dalam 1 bulan
7.	Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis psikiatrik yang disurvei dalam 1 bulan
8.	Sumber Data	Survey

9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam Medik
5.)	Judul	Kepuasan Pelanggan
1.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
2.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rekam medik
3.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rekam medik
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisis	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
7.	Denominator	Jumlah pasien yang disurvei (minimal 50)
8.	Sumber Data	Survei
9.	Standar	≥80%
10.	Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rekam Medik/Komite Mutu

PENGELOLAAN LIMBAH

1.)	Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan
2.	Tujuan	Kesiapan Fasilitas dan peralatan Rumah Sakit untuk pengelolaan limbah Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit adalah ruang Mesin, Perlengkapan dan Peralatan yang harus tersedia untuk pengelolaan limbah Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah Rumah Sakit
7.	Denominator	Tidak ada
8.	Sumber data	Inventaris instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

9.	Standar	Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Kepala Instalasi Sanitasi
2.)	Judul	Pengelolaan Limbah Cair Sesuai dengan Aturan
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan
2.	Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
3.	Definisi Operasional	Limbah cair adalah limbah cair yang di hasilkan dalam kegiatan pelayanan Rumah Sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang dan yang berasal dari berbagai alat sanitasi Rumah Sakit
4.	Frekwensi Pengumpulan Data	1 minggu
5.	Periode Analisa	1 bulan
6.	Numerator	Proses pengelolaan limbah cair sesuai peraturan perundangan
7.	Denominator	1
8.	Sumber data	Observasi tiapseminggusekali
9.	Standar	Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
3.)	Judul	Pengelolaan limbah padat infeksius berbahaya sesuai dengan aturan
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan
2.	Tujuan	Tergambarnya Mutu penanganan limbah padat infeksius di Rumah Sakit.
3.	Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan dapat mencederaikan, antara lain : 1. sisa jarum suntik 2. sisa ampul 3. kasabekas
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah limbah pada yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
7.	Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
8.	Sumber Data	Hasil pengamatan
9.	Standar	100%

10.	Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Sanitasi
4.)	Judul	Baku Mutu limbah cair
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan
2.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indicator : <ul style="list-style-type: none"> • BOD(Biological Oxygen Demand):30mg/liter • COD(Chemical Oxygen Demand):80mg/liter • TSS (Total Suspended Solid):30 ml/liter • PH:6-9
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	6 Bulan
5.	Periode Analisa	6 Bulan
6.	Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair Rumah Sakit yang sesuai dengan baku Mutu
7.	Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
8.	Sumber Data	Hasil pemeriksaan
9.	Standar	Kesesuaian hasil laboratorium dengan baku Mutu untuk setiap sample yaitu BOD 100%,COD 100%,TSS 100 % dan PH 100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Sanitasi

PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN

1.)	Judul	Peraturan Internal Rumah Sakit
1.	Dimensi Mutu	Efektivitas
2.	Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen rumah sakit, adanya kejelasan hubungan kerja pemilik, direksi dan praktisi medis
3.	Definisi Operasional	Peraturan Internal Rumah Sakit adalah peraturan yang disusun oleh pemilik yang mengatur tata hubungan kerja pemilik, direksi dan praktisi medis di Rumah Sakit
4.	Frekwensi Pegumpulan Data	6 bulan
5.	PeriodeAnalisa	6 bulan
6.	Numerator	Peraturan Internal Rumah Sakit
7.	Denominator	Tidakada

8.	Sumber data	Sekretariat
9.	Standar	Ada
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Direktur
2.)	Judul	Peraturan Karyawan Rumah Sakit
1.	Dimensi Mutu	Efektivitas
2.	Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen SDM Rumah Sakit dan Keseimbangan Kesejahteraan karyawan dan kinerja pelayanan
3.	Definisi Operasional	Peraturan karyawan Rumah Sakit adalah seperangkat peraturan yang di tetapkan oleh Rumah Sakit, berlaku dan mengikat bagi setiap karyawan, dimaksudkan sebagai peraturan kerja agar ada kepastian tugas, kewajiban, dan hak-hak karyawan Rumah Sakit, sehingga tercipta dan terpelihara keserasian hubungan kerja untuk menjamin keseimbangan antara kesejahteraan dan kinerja pelayanan
4.	Frekwensi Pegumpulan Data	1 Tahun
5.	Periode Analisa	1 Tahun
6.	Numerator	Peraturan karyawan RumahSakit
7.	Denominator	Tidakada
8.	Sumber data	Sekretariat
9.	Standar	Ada
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Direktur
3.)	Judul	Daftar Urutan Kepangkatan
1.	Dimensi Mutu	Efektivitas
2.	Tujuan	Kelancaran administrasi dan kepegawaian Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Daftar urutan kepegawaian adalah salah satu bahan objektif untuk melaksanakan pembinaan karir karyawan berdasarkan system karir dan prestasi kerja
4.	Frekwensi Pegumpulan Data	6 bulan
5.	Periode Analisa	6 bulan
6.	Numerator	Daftar Urutan Kepegawaian
7.	Denominator	Tidak ada
8.	Sumber data	Sekretariat
9.	Standar	Ada
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Direktur

4.)	Judul	Perencanaan Strategi Bisnis Rumah Sakit
1.	Dimensi Mutu	Efektivitas
2.	Tujuan	Tercapainya tujuan strategis Rumah Sakit dalam mengemban visi dan misi
3.	Definisi Operasional	Perencanaan strategis adalah perencanaan jangka panjang Rumah Sakit untuk menentukan strategi serta apengambil keputusan untuk mengalokasikan sumber daya untuk mencapai tujuan strategi
4.	Frekwensi Pegumpulan Data	6 bulan
5.	Periode Analisa	6 bulan
6.	Numerator	Perencanaan Strategi
7.	Denominator	Tidak ada
8.	Sumberdata	Sekretariat
9.	Standar	Ada
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Direktur
5.)	Judul	Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit
1.	Dimensi Mutu	Efektivitas
2.	Tujuan	Tersedianya SDM yang kopmpeten dan pengembangan karir karyawan
3.	Definisi Operasional	Perencanaan pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangankopetensi dan karir SDM
4.	Frekwensi Pegumpulan Data	1 tahun
5.	Periode Analisa	1 tahun
6.	Numerator	Perencanaan Pengembangan SDM
7.	Denominator	Tidak ada
8.	Sumberdata	Sekretariat
9.	Standar	Ada
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Direktur

6.)	Judul	Kelengkapan Pengisian Jabatan
1.	Dimensi Mutu	Efektivitas
2.	Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Jabatan adalah jabatan struktural dan fungsional sebagaimana tersebut dalam struktur organisasi Rumah Sakit
4.	Frekwensi Pengumpulan Data	6 bulan
5.	Periode Analisa	6 bulan
6.	Numerator	Jabatan struktural dan fungsional yang telah di isi sesuai dengan kompetensinya
7.	Denominator	Jumlah posisi jabatan struktur dan fungsinya yang ada dalam struktur
8.	Sumber data	Kepegawaian
9.	Standar	>90%
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Direktur
7.)	Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas
2.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di Rumah Sakit
3.	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 / bagian masing-masing.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
7.	Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
8.	Sumber Data	Notulen rapat
9.	Standar	100%
10.	Penanggungjawab pengumpul data	Wakil Direktur Rumah Sakit

8.)	Judul	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap
1.	Dimensi Mutu	Efektivitas, Kenyamanan
2.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien Rawat Inap
3.	Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien Rawat Inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah di berikan kecepatan waktu yang di berikan informasi tagihan pasien Rawat Inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan di terima oleh pasien
4.	Frekwensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
5.	Periode Analisa	Tiap tiga bulan
6.	Numerator	Jumlah komulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien Rawat Inap yang di amati dalam 1 bulan
7.	Denominator	Jumlah total pasien Rawat Inap yang diamati dalam 1 bulan
8.	Sumber Data	Hasil pengamatan
9.	Standar	≤2 jam
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Keuangan
9.)	Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
2.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
3.	Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
5.	Periode Analisa	1 tahun
6.	Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
7.	Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
8.	Sumber Data	Subbag rumah tangga dan kepegawian
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala sub bagian Umum dan Kepegawaian

10.)	Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas,kenyamanan
2.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan pegawai
3.	Definisi Operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974, Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999)
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
5.	Periode Analisa	1 tahun
6.	Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan Surat Keputusan kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
7.	Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
8.	Sumber Data	Subbag Umum dan Kepegawaian
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala sub bagian Umum dan Kepegawaian
11.)	Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas
2.	Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan Rumah Sakit.
3.	Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
7.	Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
8.	Sumber Data	Subbag keuangan
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub Bagian Keuangan

12.)	Judul	Cost recovery
1.	Dimensi Mutu	Efisien, efektifitas
2.	Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan Rumah Sakit.
3.	Definisi Operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periodewaktu tertentu dibagidenganjumlahpembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
7.	Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
8.	Sumber Data	sub bagian keuangan
9.	Standar	≥40%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala sub bagian keuangan
13.)	Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas,efisien
2.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi Rumah Sakitdalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
3.	Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban Rumah Sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodik. Laporan akuntabilits kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPMindikator-indikator kinerja pada rencana strategi bisnis Rumah Sakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain dipersyaratkan oleh pemerintah daerah.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
5.	Periode Analisa	1 tahun
6.	Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
7.	Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
8.	Sumber Data	Bagian sekretariat
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala sub bagian perencanaan program dan laporan (PPL)

14.)	Judul	Pegawai mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
1.	Dimensi Mutu	Kompetensiteknis
2.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
3.	Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi pegawai yang dilakukan baik di Rumah Sakit maupun diluar Rumah Sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal perpegawai 20 jam pertahun
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
5.	Periode Analisa	1 tahun
6.	Numerator	Jumlah pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
7.	Denominator	Jumlah seluruh pegawai Rumah Sakit
8.	Sumber Data	Sub bagian umum dan kepegawaian
9.	Standar	≥60 %
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala sub bagian Umum dan Kepegawaian
15.)	Judul	Ketepatan waktu pemberian imbala (insentif) sesuai kesepakatan internal Rumah Sakit
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas
2.	Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan pegawai
3.	Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada pegawai sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
5.	Periode Analisa	6 bulan
6.	Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
7.	Denominator	6
8.	Sumber Data	Catatan disub bagian keuangan
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala subbagian keuangan.

PELAYANAN AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1.)	Judul	Waktu pelayanan ambulance/keretajenazah
1.	Dimensi Mutu	Akses
2.	Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat di akses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
3.	Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 sekali
6.	Numerator	Total waktu buka(dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
7.	Denominator	Jumla hhari dalam bulan tersebut
8.	SumberData	Sub bagian Umum dan Kepegawaian
9.	Standar	24jam
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala sub bagian Umum dan Kepegawaian
2.)	Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit
1.	Dimensi Mutu	Kenyamanan,keselamatan
2.	Tujuan	Tergambarnya ketenggapan Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
3.	Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance / kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di Rumah Sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
7.	Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
8.	Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
9.	Standar	100%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Ka.Instalasi Gawat Darurat

3.)	Judul	Waktu Tanggap Pemberian Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah
1.	Dimensi Mutu	Kenyamanan, Keselamatan
2.	Tujuan	Tergambarnya ketanggapan Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulans/mobil jenazah
3.	Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan ambulans/mobil jenazah kepada masyarakat adalah waktu yang di butuhkan mulai permintaan ambulans/mobil jenazah di ajukan oleh masyarakat sampai ambulans/mobil jenazah berangkat dari Rumah Sakit
4.	Frekwensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah kumulatif waktu kecepatan pemberian pelayanan ambulans/mobil jenazah dalam 1 bulan
7.	Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans/mobil jenazah dalam 1 bulan
8.	Sumber data	Catatan penggunaan ambulans/mobil jenazah
9.	Standar	<30menit
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Ka.Instalasi Gawat Darurat
4.)	Judul	Kepuasan Pelanggan
1.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
2.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan ambulans/kereta jenazah
3.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan ambulans/mobil jenazah
4.	Frekwensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam pasien)
7.	Denominator	Jumlah total pasien yang disurvey (nminimsl50)
8.	Sumber data	Survey
9.	Standar	>80%
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Mutu

PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

1.)	Judul	Ketersediaan Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
1.	Dimensi Mutu	Askes
2.	Tujuan	Tersedianya pelayanan pemulasaraan jenazah 24 jam di Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Pemulasaraan Jenazah adalah perawatan terhadap jenazah sesuai dengan adat dan agama sesuai permintaan keluarga
4.	Frekwensi Pegumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Ketersediaan pemulasaraan jenazah 24 jam
7.	Denominator	Tidak ada
8.	Sumber data	Laporan bulanan
9.	Standar	Tersedia 24 jam
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Kamar jenazah
2.)	Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
1.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
2.	Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kebutuhan pasien akan memulasaraan jenazah
3.	Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
7.	Denominator	Total jenazah pasien diamati dalam satu bulan
8.	SumberData	Hasil pengamatan
9.	Standar	≤ 2 jam
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Unit Kamar jenazah

3.)	Judul	Perawatan Jenazah Sesuai <i>Universal Preacution</i>
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
2.	Tujuan	Kesiapan Rumah Sakit dalam menyediakan pelayanan perawatan yang aman
3.	Definisi Operasional	<i>Universal precaution</i> adalah kewaspadaan terhadap penyakit HIV dengan menggunakan standar alat pelindung diri (APD)
4.	Frekwensi Pegumpulan Data	3 bulan sekali
5.	Periode Analisa	3 bulan sekali
6.	Numerator	Seluruh perawatan jenazah dikurangi perawatan jenazah yang tidak sesuai dengan <i>universal precaution</i>
7.	Denominator	Seluruh perawatan jenazah
8.	Sumberdata	Unit Perawatan jenazah
9.	Standar	100%
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Kepala Unit Kamar jenazah
4.)	Judul	Tidak Terjadinya Identifikasi Salah Jenazah
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
2.	Tujuan	Tergambarkannya Kepedulian dan ketelitian instalasi perawatan jenazah terhadap identitas pasien
3.	Definisi Operasional	Kejadian salah identifikasi adalah kejadian tertukarnya identifikasi jenazah di kamar jenazah
4.	Frekwensi Pegumpulan Data	1 bulan dan sentinevent
5.	Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinelevent</i>
6.	Numerator	Jumlah jenazah yang dirawat dikamar jenazah dalam waktu satu bulan di kurangi jenazah yang salah identifikasi
7.	Denominator	Jumlah jenazah yang dirawat dikamar jenazah dalam 1 bulan
8.	Sumberdata	Regis terinstalasi perawatan jenazah
9.	Standar	100%
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Kepala Unit Kamar jenazah

5.)	Judul	Kepuasan Pelanggan
1.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
2.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan jenazah
3.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas terhadap pelanggan terhadap pelayanan jenazah
4.	Frekwensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	6 bulan
6.	Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan yang disurvei (dalam persen)
7.	Denominator	Jumlah total keluarga yang disurvei (nminimal 50)
8.	Sumber data	Survey
9.	Standar	<80%
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Komite Mutu

PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1.)	Judul	Ketersediaan Bengkel Kerja
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi
2.	Tujuan	Terpeliharanya sarana, prasarana, mesin dan peralatan Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Bengkel kerja adalah tempat untuk melakukan pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana, mesin, dan peralatan yang ada di Rumah Sakit
4.	Frekwensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
5.	Periode Analisa	3 bulan sekali
6.	Numerator	Adanya bengkel kerja
7.	Denominator	Tidak ada
8.	Sumber data	Instalasi/Unit pemeliharaan Rumah Sakit
9.	Standar	tersedia
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Kepala instalasi pemeliharaan sarana

2.)	Judul	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat <2 Hari
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas,efisien,kesinambungan pelayanan
2.	Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan sarana Rumah Sakit
3.	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 kurang dari dua hari harus sudah ditanggapi
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan dua hari dalam satu bulan
7.	Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
8.	Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
9.	Standar	≥80%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi pemeliharaan sarana
3.)	Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
1.	Dimensi Mutu	Efektifitas,efisien,kesinambungan pelayanan
2.	Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
3.	Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tempat waktu dalam satu bulan
7.	Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
8.	Sumber Data	Register pemeliharaan alat
9.	Standar	≥80%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi pemeliharaan sarana

4.)	Judul	Peralatan laboratorium dan alat kesehatan lain yang digunakan dalam pelayanan yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
2.	Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium dan alat kesehatan lain.
3.	Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kalayakan peralatan laboratorium dan alat kesehatan lain, oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK) atau lembaga kalibrasi lainnya.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
5.	Periode Analisa	1 tahun
6.	Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium dan alat kesehatan lain yang di kalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
7.	Denominator	Jumlah alat laboratorium dan alat kesehatan lain yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
8.	SumberData	Buku registrasi pemeliharaan alat
9.	Standar	>80%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi pemeliharaan sarana/kepala Unit laboratorium

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

1.)	Judul	Tersedianya anggota tim pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) yang terlatih
1.	Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
2.	Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
3.	Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI setiap 3 tahun
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	1 tahun
6.	Numerator	Jumlah anggota Tim PPI terlatih
7.	Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
8.	Sumber Data	Subag Umum dan Kepegawaian
9.	Standar	>75%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Sub bagian Umum dan Kepegawaian

2.)	Judul	Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) disetiap Instalasi
1.	Dimensi Mutu	Mutu pelayanan,keamanan pasien,petugas dan pengunjung.
2.	Tujuan	Tersedianya alat pelindung diri (APD) di setiap instalasi Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di Rumah Sakit seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun, setiap hari
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	1 bulan
6.	Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
7.	Denominator	Jumlah instalasi di Rumah Sakit
8.	Sumber Data	Survey
9.	Standar	$\geq 75\%$
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Komite PPI
3.)	Judul	Tersedianya Sarana dan Prasarana yang dapat meningkatkan Mutu pelayanan Rumah Sakit
1.	Dimensi Mutu	Peningkatan Mutu pelayanan Rumah Sakit
2.	Tujuan	Tersedianya Sarana dan prasarana yang dapat meningkatkan Mutu pelayanan Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Tersedianya sarana yang dapat meningkatkan Mutu pelayanan serta meminimalkan terjadinya infeksi Rumah Sakit seperti sarana di Unit sterilisasi, sarana di Rawat Inap yaitu ketersediaan fasilitas <i>Hand Hygiene</i> di setiap ruangan.
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Hari
5.	Periode Analisa	1 Bulan
6.	Numerator	Jumlah sarana yang tersedia saat itu disuatu ruangan
7.	Denominator	Jumlah Sarana yang wajib tersedia disuatu ruangan
8.	Sumber Data	Survey
9.	Standar	$\geq 75\%$
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Komite PPI

4.)	Judul	Rencana Program PPI
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien dan petugas
2.	Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Rencana program PPI adalah rencana tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang akan di laksanakan di Rumah Sakit selama satu tahun
4.	Frekwensi Pegumpulan Data	Tiap tahun
5.	Periode Analisa	Tiap tahun
6.	Numerator	Rencana program PPI
7.	Denominator	1
8.	Sumber data	Tim PPI
9.	Standar	Ada
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite PPI
5.)	Judul	Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien dan petugas
2.	Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Pelaksanaan program PPI adalah pelaksanaan tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang dilaksanakan di Rumah Sakit selama 1 tahun
4.	Frekwensi Pegumpulan Data	Tiap enam bulan
5.	Periode Analisa	Tiap enam bulan
6.	Numerator	Jumlah kegiatan PPI yang dilaksanakan selama enam bulan sesuai rencana
7.	Denominator	Seluruh kegiatan PPI yang direncanakan selama kurun waktu enam bulan
8.	Sumber data	Tim PPI
9.	Standar	100%
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite PPI

6.)	Judul	Penggunaan APD Sesuai Aturan Saat Melaksanakan Tugas
1.	Dimensi Mutu	Keselamatan pasien dan petugas
2.	Tujuan	Perlindungan pasien dan petugas dari penularan penyakit infeksi maupun bahan berbahaya
3.	Definisi Operasional	Alat pelindung diri adalah alat standar yang di gunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit dari Rumah Sakit seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boot dan gaun
4.	Frekwensi Pengumpulan Data	Tiap satu bulan
5.	Periode Analisa	Tiap tiga bulan
6.	Numerator	Jumlah karyawan yang diamati yang tertib menggunakan APD sebagaimana di persyaratkan
7.	Denominator	Seluruh karyawan yang dia mati
8.	Sumber data	Survey observasi
9.	Standar	100%
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Komite PPI
7.)	Judul	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit
1.	Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung.
2.	Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi HAIs, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di Rumah Sakit minimal 1 parameter (infeksi luka operasi-ILO, Infeksi Luka Infus-ILI, Ventilator Associated Pneumoniae-VAP, Infeksi Saluran Kemih-ISK)
4.	Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Hari
5.	Periode Analisa	1 Bulan
6.	Numerator	Jumlah laporan instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
7.	Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia di Rumah Sakit
8.	Sumber Data	Survey
9.	Standar	≥75%
10.	Penanggung jawab pengumpul data	Komite PPI

PELAYANAN KEAMANAN

1.)	Judul	Petugas Keamanan Bersertifikat Pengamanan
1.	Dimensi Mutu	Keamanan, kompetensi, teknis dan kenyamanan
2.	Tujuan	Terlaksananya suasana rasa aman bagi pasien dan keluarganya
3.	Definisi Operasional	Petugas keamanan bersertifikat adalah petugas keamanan yang telah mendapatkan pelatihan pengamanan dari kepolisian sesuai dengan standar pengamanan yang berlaku
4.	Frekwensi Pengumpulan Data	3 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah petugas keamanan yang memiliki sertifikat pengamanan
7.	Denominator	Jumlah seluruh petugas keamanan
8.	Sumber data	Personalia
9.	Standar	100%
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
2.)	Judul	Petugas Keamanan Melakukan Keliling Rumah Sakit
1.	Dimensi Mutu	Keamanan, kesinambungan pelayanan keamanan
2.	Tujuan	Terciptanya rasa aman bagi pasien dan keluarganya serta pengunjung dan petugas Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Petugas keamanan melakukan keliling Rumah Sakit adalah kegiatan mengelilingi fasilitas Rumah Sakit tiap jam dalam rangka kewaspadaan terhadap kondisi keamanan Rumah Sakit
4.	Frekwensi Pengumpulan Data	1 bulan
5.	Periode Analisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah hari yang disampling yang memenuhi kriteria definisi operasional (minimal 40)
7.	Denominator	Jumlah hari yang disampling
8.	Sumber data	Laporan petugas keamanan
9.	Standar	Setiap jam
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

3.)	Judul	Evaluasi Terhadap Sistem Keamanan
1.	Dimensi Mutu	Efektivitas, Kesenambungan pelayanan
2.	Tujuan	Terselenggaranya system keamanan yang efektif dan berkesinambungan
3.	Definisi Operasional	Evaluasi terhadap system keamanan adalah penilaian yang di lakukan terhadap system pengamanan yang telah di tetapkan dan di lakukan perbaikan apabila di temukan kekurangan
4.	Frekwensi PegumpulanData	1 bulan
5.	PeriodeAnalisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah bulan yang diadakan evaluasi dan tindak lanjut
7.	Denominator	Tiga bulan
8.	Sumberdata	Pencatatan dibagian umum
9.	Standar	Setiap tiga bulan
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
4.)	Judul	Tidak Adanya Barang Milik Pasien, Pegunjung, Karyawan yang Hilang
1.	Dimensi Mutu	Keamanan dan kenyamanan
2.	Tujuan	Terciptanya rasa aman dan rasa nyaman bagip pasien, pengunjung dan karyawan Rumah Sakit
3.	Definisi Operasional	Tidak Adanya Barang Milik Pasien, pegunjung, Karyawan yang hilang adalah semua barang milik pasien, pengunjung dan karyawan tetap terjaga dan tidak hilang
4.	Frekwensi PegumpulanData	1 bulan
5.	PeriodeAnalisa	3 bulan
6.	Numerator	Jumlah hari yang di survey di kurang dengan jumlah hari adanya kehilangan barang milik pasien/pengunjung/karyawan
7.	Denominator	Jumlah hari yang di survey
8.	Sumberdata	Survey
9.	Standar	100%
10.	Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

5.)	Judul	Kepuasan Pelanggan
1.	Dimensi Mutu	Kenyamanan
2.	Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan keamanan
3.	Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keamanan
4.	Frekwensi Pengumpulan Data	Satu bulan
5.	Periode Analisa	Tiga bulan
6.	Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasandari pasien/ keluarga yang di survey (dalam %)
7.	Denominator	jumlah total keluarga yang disurvey (minimal=50)
8.	Sumber data	Survey
9.	Standar	>90%
10.	Penanggung Jawab pengumpul Data	Komite Mutu

BUPATI BUTON UTARA

AFIRUDIN MATHARA