



BUPATI PASER
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
PERATURAN BUPATI PASER
NOMOR 54 TAHUN 2023
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
PANGLIMA SEBAYA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PASER,

- Menimbang :
- a. bahwa kesehatan merupakan urusan wajib yang harus diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah, dengan menyelenggarakan pelayanan kesehatan diberbagai tatanan fasilitas kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal;
 - b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan memiliki peran strategis dalam menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan sehingga rumah sakit berkewajiban menyelenggarakan layanan kesehatan masyarakat sesuai Standar yang ditetapkan;
 - c. bahwa Peraturan Bupati Paser Nomor 10 Tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan jenis, indikator, dan mutu pelayanan dasar Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu

menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya;

- Mengingat
1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
 2. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9) Sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Tanah Laut, Daerah Tingkat II Tapin, dan Daerah Tingkat II Tabalong dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Perpanjangan Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2756);
 3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5072) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
 4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan

- Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
 6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 1419);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM PANGLIMA SEBAYA.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Paser.
2. Bupati adalah Bupati Paser.
3. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya Kabupaten Paser.
4. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya Kabupaten Paser.
5. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga Negara secara minimal.

6. Jenis Pelayanan adalah jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
7. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh rumah sakit dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
8. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksud untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
9. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan dengan persoalan.
10. Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik dan menyediakan kepuasan pelanggan.
11. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan atau pelayanan kesehatan lainnya.
12. Pengawas Internal adalah satuan kerja fungsional dari lingkup internal rumah sakit dan bertanggung jawab kepada Direktur, bertugas untuk melakukan pengawasan dan pengendalian kegiatan di rumah sakit agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.
13. Dewan Pengawas adalah unit non struktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal bersifat non teknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.

Pasal 2

- (1) Peraturan Bupati ini dimaksudkan sebagai panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM.
- (2) Peraturan Bupati ini bertujuan untuk menyamakan persepsi dan pemahaman Pemerintah, para pembuat kebijakan dan pemberi Pelayanan Kesehatan di RSUD tentang Definisi Operasional, indikator kerja, ukuran atau satuan, rujukan, target/capaian waktu daerah, serta cara perhitungan pencapaian Kinerja dan Sumber Data di RSUD.

Pasal 3

- (1) Sistematika dokumen SPM di RSUD disusun dengan sistematika sebagai berikut:

BAB I : PENDAHULUAN

Memuat latar belakang, maksud, dan tujuan, pengertian,

prinsip penetapan dan penyusunan SPM, dan landasan hukum.

BAB II : SPM RUMAH SAKIT

Memuat Jenis Pelayanan di rumah sakit, dan SPM setiap Jenis Pelayanan, indikator dan standar

BAB III : PENUTUP

- (2) Uraian sistematika sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB II

PELAKSANAAN

Pasal 4

- (1) RSUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM.
- (2) Direktur bertanggung jawab atas penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di RSUD yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan.
- (3) Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB III

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 5

- (1) Pembinaan atas penerapan SPM RSUD dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a. penghitungan 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.

Pasal 6

- (1) Pengawasan penerapan SPM RSUD dilakukan oleh Pengawas Internal dan Dewan Pengawas.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung dibawah pimpinan RSUD.
- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

BAB IV

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 7

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Paser Nomor 10 tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya Kabupaten Paser (Berita Daerah Kabupaten Paser Tahun 2017 Nomor 10), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 8

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Tana Paser
pada tanggal 8 Agustus 2023

BUPATI PASER,

ttd

FAHMI FADLI

Diundangkan di Tana Paser
pada tanggal 8 Agustus 2023

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN PASER,

ttd

KATSUL WIJAYA

SALINAN SESUAI DENGAN ASLINYA

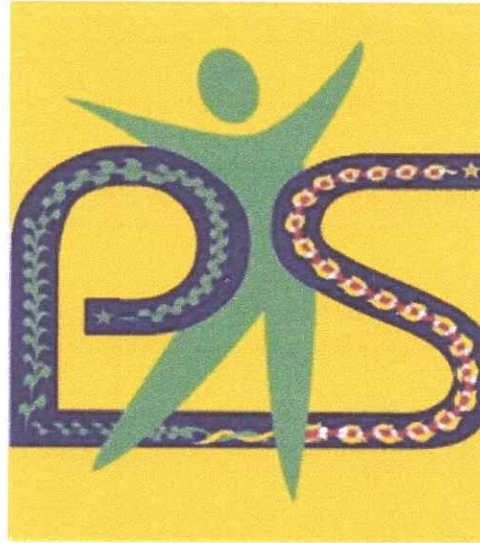
KEPALA BAGIAN HUKUM SETDA KAB. PASER



ANDI AZIS

NIP 19680816 199803 1 007

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI PASER
NOMOR 54 TAHUN 2023
TENTANG STANDAR PELAYANAN
MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH PANGLIMA SEBAYA
KABUPATEN PASER



**RSUD PANGLIMA SEBAYA
KABUPATEN PASER**

PEMERINTAH KABUPATEN PASER

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA
SEBAYA KABUPATEN PASER**

Kata Pengantar

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan hidayah-Nya. Pedoman Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya ini dapat tersusun dengan baik sesuai dengan waktu yang ditetapkan.

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit (SPM-RS) merupakan alat ukur mutu layanan rumah sakit yang dapat mendukung pencapaian indikator kinerja rumah sakit. Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya sebagai salah satu sarana kesehatan ikut berkontribusi memberi dukungan untuk pencapaian indikator kinerja Kabupaten bidang kesehatan yang terukur melalui Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Kabupaten.

Di harapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya Kabupaten Paser ini dapat digunakan oleh insan RSUD Panglima Sebaya untuk melaksanakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan profesional serta dapat dijadikan bahan akuntabilitas kinerja rumah sakit

Disamping itu, kami harapkan pula pedoman ini dapat dijadikan Standar Pelayanan bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan yang bermutu pada masyarakat di Kabupaten Paser.

Direktur
RSUD Panglima Sebaya

dr. Kamal Anshari, Sp. THT-KL
NIP. 19811103 200903 1 003

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggara pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standart, membuat semakin kompleknya permasalahan di Rumah Sakit. Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggungjawab yang seyogyanya merupakan tanggungjawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal Pasal 1 ayat (1) menyatakan "Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga Negara secara minimal" Ayat (2) menyatakan "Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar warga negara" dan ayat (3) menyatakan " Jenis Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan dalam rangka penyediaan barang/jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh oleh setiap Warga Negara secara minimal".

Dalam penjelasan pasal 39 ayat (2) Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan Standar Pelayanan Minimal adalah tolak ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang meru[akan urusan wajib daerah.

B. Maksud Dan Tujuan

1. Maksud

Standar pelayanan minimal Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya Kabupaten Paser ini dimaksudkan agar tersediannya panduan dalam melaksanakan perencanaan, pengawasan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar pelayanan minimal rumah sakit.

2. Tujuan

Standar Pelayanan Minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan, target yang harus dicapai mengacu pada target nasional dengan kerangka waktu penetapan sesuai kemampuan Rumah Sakit Umum Daerah Panglima Sebaya, cara perhitungan/ rumus/ pembilang/ penyebut/ standar/ satuan pencapaian kinerja.

C. Pengertian

1. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum Daerah kepada masyarakat.
2. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kurative dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
3. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Paser
4. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit umum Daerah Panglima Sebaya kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medik, pelayanan penunjang non medik, dan pelayanan administrasi manajemen. Mutu pelayanan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta pihak lain, dimana tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar operasional prosedur dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

5. Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
6. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan/ status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/ kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
7. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
8. Batas waktu pencapaian adalah waktu yang ditetapkan oleh Bupati untuk mencapai target SPM rumah sakit.
9. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
10. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
11. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang rumus indikator kinerja.
12. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
13. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
14. Pelayanan gawat darurat adalah pelayanan yang dibutuhkan dalam waktu segera (*immediately*) untuk menyelamatkan kehidupan (*life saving*).
15. Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di rawat inap.
16. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur di ruang rawat inap.
17. Pelayanan bedah sentral adalah pelayanan pembedahan (operasi) yang ditempatkan secara terpusat di suatu rumah sakit, dengan

memperhatikan prinsip kenyamanan, pencegahan infeksi dan kontaminasi, serta adanya barrier antara hal-hal yang bersifat bersih dengan yang kotor.

18. Pelayanan persalinan, perinatologi dan KB adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu dalam proses persalinan, pelayanan bagi bayi serta pelayanan kontrasepsi bagi pasangan subur.
19. Pelayanan intensif adalah pelayanan yang dilakukan bagi pasien yang berpenyakit kritis di ruangan yang memiliki peralatan dan petugas khusus untuk melakukan observasi, perawatan, pengobatan dan penanganan lainnya secara intensif.
20. Pelayanan radiologi adalah pelayanan yang dilakukan untuk melihat bagian dalam tubuh manusia dengan menggunakan pancaran atau radiasi gelombang baik menggunakan gelombang elektromagnetik maupun gelombang mekanik.
21. Pelayanan laboratorium patologi klinik adalah pelayanan diagnostik klinis yang mengaplikasikan teknik untuk mendukung penegakkan diagnosis penyakit dan manajemen pengobatan pasien.
22. Pelayanan rehabilitasi medik adalah pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh keadaan/ kondisi sakit, penyakit atau cedera melalui paduan intervensi medik, keterampilan fisik dan atau rehabilitatif untuk mencapai kemampuan fungsi yang optimal.
23. Pelayanan farmasi adalah pelayanan kefarmasian berupa penyediaan dan pengelolaan obat, bahan obat, alat kesehatan, reagen, radio farmasi dan gas medis yang dipimpin oleh seorang apoteker.
24. Pelayanan gizi adalah pelayanan asupan diet yang dilakukan secara berkesinambungan mulai dari perencanaan diet hingga evaluasi diet pasien.
25. Pelayanan transfusi darah adalah pelayanan kesehatan yang meliputi perencanaan, pengerahan dan pelestarian pendonor darah, penyediaan darah, pendistribusian darah dan tindakan medis pemberian darah kepada pasien untuk tujuan pentembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.
26. Pelayanan keluarga miskin adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien/keluarga yang sama sekali tidak mempunyai kemampuan untuk membayar biaya kesehatannya yang dibuktikan dengan surat keterangan resmi yang diterbitkan instansi yang berwenang.

27. Pelayanan rekam medik adalah pelayanan yang berupa pemberian bukti tertulis sebagai aspek legal pertanggungjawaban tentang proses pelayanan kesehatan pasien yang diberikan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lainnya.
28. Pengelolaan limbah adalah bagian dari kegiatan penyehatan lingkungan di rumah sakit yang bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya pencemaran lingkungan yang bersumber dari limbah rumah sakit.
29. Pelayanan administrasi manajemen adalah proses kegiatan organisasi yang dapat diprediksi yang diikuti dengan pengaturan sumberdaya yang ada di rumah sakit guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan dan pembiayaan kesehatan secara efektif, efisien dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.
30. Pelayanan Ambulans adalah pelayanan mobilisasi terhadap kegawatdaruratan termasuk evakuasi medik dan atau pelayanan rujukan pasien dari tempat tinggal pasien ke rumah sakit dan atau pelayanan rujukan pasien dari rumah sakit ke rumah sakit yang lebih mampu.
31. Pelayanan pemulasaran jenazah adalah pelayanan yang meliputi perawatan jenazah, penyimpanan jenazah, konservasi jenazah, bedah jenazah dan pelayanan lainnya terhadap jenazah.
32. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit (IPSR) adalah pelayanan yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan pemeliharaan dan perbaikan peralatan di rumah sakit.
33. Pelayanan Laundry adalah pelayanan yang menyelenggarakan pengelolaan dan pengendalian pemakaian linen di rumah sakit.
34. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah kegiatan yang dilakukan untuk meminimalkan resiko terjadinya infeksi di rumah sakit yang meliputi; perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi.
35. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat SIMRS adalah Sebuah sistem informasi terpadu yang digunakan untuk melaksanakan segala bentuk kegiatan maupun transaksi yang terjadi di rumah sakit untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan memudahkan manajemen rumah sakit dalam berbagai rutinitas transaksi yang dilaksanakan.

D. Prinsip Penyusunan dan Penetapan SPM

Didalam penyusunan SPM telah memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Konsensus berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan departemen terkait secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusun;
- b. Sederhana, SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami;
- c. Nyata, SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang , waktu dan persyaratan atau prosedur teknis;
- d. Terukur, seluruh indikator dan standar dalam SPM dapat diukur baik kualitatif dan kuantitatif;
- e. Terbuka, SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat;
- f. Terjangkau, SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia;
- g. Akuntabel, SPM dapat dipertanggungjawabkan kepada publik; dan
- h. Bertahap, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

E. Landasan Hukum

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah;
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2000 tentang kewenangan Permerintah dan kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor tentang Pengelolaan Keuangan Badan layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan Daerah;

7. Peraturan Daerah Kabupaten Paser Nomor 5 Tahun 2014 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Lain;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 / Menkes/SK II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah sakit.

BAB II

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGLIMA SEBAYA KABUPATEN PASER

A. Jenis-jenis pelayanan di Rumah Sakit

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

1. Pelayanan gawat darurat ;
2. Pelayanan rawat jalan;
3. Pelayanan rawat inap;
4. Pelayanan bedah;
5. Pelayanan persalinan dan perinatologi;
6. Pelayanan intensif;
7. Pelayanan radiologi;
8. Pelayanan laboratorium;
9. Pelayanan rehabilitasi medik;
10. Pelayanan farmasi;
11. Pelayanan gizi;
12. Pelayanan tranfusi darah;
13. Pelayanan keluarga miskin;
14. Pelayanan rekam medik;
15. Pengelolaan limbah;
16. Pelayanan administrasi manajemen;
17. Pelayanan ambulance/kereta jenazah;
18. Pelayanan pemulasaran jenazah;
19. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
20. Pelayanan laundry;
21. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS); dan
22. Pelayanan Pencegahan dan pengendalian infeksi.

B. SPM setiap jenis pelayanan, indikator dan standar

Adapun Standar Pelayanan Minimal untuk setiap pelayanan, indikator, dan standar, dapat dilihat pada tabel berikut Ini :

		8	Khusus untuk RS jwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu <48 jam	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IGD
		9	Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IGD

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN SAAT INI (Semester Akhir 2021)	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
						2022	2023	2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
II	RAWAT JALAN	1	Dokter pemberi pelayanan di poli spesialis	%	100% dokter spesialis	95%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		2	Ketersediaan pelayanan	jumlah poli	poli anak, poli penyakit dalam, poli kebidanan, poli bedah	poli anak, poli penyakit dalam, poli kebidanan, poli bedah umum, poli bedah tulang, poli gigi, poli mata, poli syaraf, poli umum, poli paru, poli THT, poli kulit & kelamin.	poli anak, poli penyakit dalam, poli kebidanan, poli bedah umum, poli bedah tulang, poli gigi, poli mata, poli syaraf, poli umum, poli paru, poli THT, poli kulit & kelamin.	poli anak, poli penyakit dalam, poli kebidanan, poli bedah umum, poli bedah tulang, poli gigi, poli mata, poli syaraf, poli umum, poli paru, poli THT, poli kulit & kelamin.	poli anak, poli penyakit dalam, poli kebidanan, poli bedah umum, poli bedah tulang, poli gigi, poli mata, poli syaraf, poli umum, poli paru, poli THT, poli kulit & kelamin.	poli anak, poli penyakit dalam, poli kebidanan, poli bedah umum, poli bedah tulang, poli gigi, poli mata, poli syaraf, poli umum, poli paru, poli THT, poli kulit & kelamin.	poli anak, poli penyakit dalam, poli kebidanan, poli bedah umum, poli bedah tulang, poli gigi, poli mata, poli syaraf, poli umum, poli paru, poli THT, poli kulit & kelamin.	Kepala Instalasi Rawat Jalan

		3	Jam buka pelayanan	jam	08.00-13.00 setiap hari kerja kecuali jumat 08.00-11.00	hari kerja 08.00-16.00 hari jumat 08.00-11.30	hari kerja 08.00-16.00 hari jumat 08.00-11.30	hari kerja 08.00- 16.00 hari jumat 08.00- 11.30	hari kerja 08.00- 16.00 hari jumat 08.00- 11.30	hari kerja 08.00- 16.00 hari jumat 08.00- 11.30	hari kerja 08.00- 16.00 hari jumat 08.00- 11.30	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		4	Waktu tunggu di rawat jalan	menit	≤ 60 menit	27 Menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		5	Kepuasan pelanggan	%	≥ 90%	78%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	Kepala Instalasi Rawat Jalan dan Komite Mutu RS
		6	a. Penegakkan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopik TB	%	> 60 %	100%	> 60 %	> 60 %	> 60 %	> 60 %	> 60 %	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	%	> 60 %	100%	> 60 %	> 60 %	> 60 %	> 60 %	> 60 %	Kepala Instalasi Rawat Jalan

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN SAAT INI (Semester Akhir 2021)	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB
						2022	2023	2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
III	RAWAT INAP										
		1	Pemberi pelayanan di rawat inap	dokter dan perawat	dokter sp & perawat min D3	dokter sp & perawat min D3	dokter sp & perawat min D3	dokter sp & perawat min D3	dokter sp & perawat min D3	dokter sp & perawat min D3	Kepala Instalasi Rawat Inap
		2	DPJP rawat inap	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap

3	Ketersediaan pelayanan rawat inap	jumlah rawat inap	anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah,	anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah	Kepala Instalasi Rawat Inap
4	Jam visit dokter spesialis	jam	08.00-14.00 setiap hari kerja	08.00-14.00 setiap hari kerja	08.00-14.00 setiap hari kerja	08.00-14.00 setiap hari kerja	08.00-14.00 setiap hari kerja	08.00-14.00 setiap hari kerja	08.00-14.00 setiap hari kerja	08.00-14.00 setiap hari kerja	Kepala Instalasi Rawat Inap, Komite Medik, Dan Tim Mutu RS
5	Kejadian infeksi pasca operasi	%	≤ 1,5 %	1,5%	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	Komite Medik dan Tim Mutu RS
6	Kejadian infeksi nosokomial	%	≤ 1,5 %	5,1%	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	Kepala Instalasi Rawat Inap, Komite Medik dan Komite Mutu RS
7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
8	Kematian pasien > 48 jam	%	≤ 0,24 %	0,24%	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %	≤ 0,24 %	Komite Mutu RS
9	Kejadian pulang paksa	%	≤ 5%	1,4%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	Komite Mutu RS
10	Kepuasan pelanggan	%	≥ 90%	81%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	Komite Mutu RS
11	Rawat inap TB:										Kepala Instalasi Rawat Inap
	Untuk RS yang telah melaksanakan TB DOTS										

	5	Pemampuan menangani BBLR 1500 g-2500 g	%	100%	92,34%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Mutu RS
	6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesario	%	< 20%	50,45%	< 20%	< 20%	< 20%	< 20%	< 20%	Komite Mutu RS
	7	KB mantap	%	100%	43,21%	100%	100%	100%	100%	100%	Kabid Pelayanan
	8	Konseling mantap	%	100%	43,21%	100%	100%	100%	100%	100%	Kabid Pelayanan
	9	Kepuasan pelanggan	%	> 80%	100%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	> 80%	Komite Mutu RS

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN SAAT INI (Semester Akhir 2021)	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB
						2022	2023	2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
VI	PELAYANAN INTENSIF	1 Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	%	< 3 %	1%	< 3 %	< 3 %	< 3 %	< 3 %	< 3 %	Kepala Instalasi Rawat Inap
		2 Pemberi pelayanan unit intensif	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN SAAT INI (Semester Akhir 2021)	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
						2022	2023	2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
VII	RADIOLOGI	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	jam	< 3 jam	2 jam	< 3 jam	< 3 jam	< 3 jam	< 3 jam	< 3 jam	Kepala Instalasi Radiologi
		2	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Radiologi
		3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	%	< 2%	< 2%	< 2%	< 2%	< 2%	< 2%	< 2%	Kepala Instalasi Radiologi
		4	Kepuasan pelanggan	%	> 80 %	80 %	> 80 %	> 80 %	> 80 %	> 80 %	> 80 %	Komite Medik

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN SAAT INI (Semester Akhir 2021)	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
						2022	2023	2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
VIII	LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik	menit	< 140 menit kimia darah dan darah rutin	< 120 menit kimia darah dan darah rutin	< 140 menit kimia darah dan darah rutin	< 140 menit kimia darah dan darah rutin	< 140 menit kimia darah dan darah rutin	< 140 menit kimia darah dan darah rutin	< 140 menit kimia darah dan darah rutin	Kepala Instalasi Laboratorium

		2	Pelaksana ekspertisi	dokter	dokter Sp.Pk	dokter Sp.Pk	dokter Sp.Pk	dokter Sp.Pk	dokter Sp.Pk	dokter Sp.Pk	dokter Sp.Pk	Kepala Instalasi Laboratorium
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan lab	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
		4	Kepuasan pelanggan	%	> 80 %	80%	> 80 %	> 80 %	> 80 %	> 82 %	> 82%	Kepala Instalasi Laboratorium

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN SAAT INI (Semester Akhir 2021)	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
						2022	2023	2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
IX	REHABILITASI MEDIK	1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	%	< 50 %	8%	< 50 %	< 50 %	< 50 %	< 50 %	< 50 %	Kepala Instalasi Rehab Medik
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rehab Medik
		3	Kepuasan pelanggan	%	> 80 %	0%	> 80 %	> 80 %	> 80 %	> 80 %	> 80 %	Kepala Instalasi Rehab Medik

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN SAAT INI (Semester Akhir 2021)	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
						2022	2023	2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
X	FARMASI	1	Waktu tunggu pelayanan									
		a. Obat jadi	menit	< 30 menit	32 menit	< 30 menit	< 30 menit	< 30 menit	< 30 menit	< 30 menit	Kepala Instalasi Farmasi	
		b. Obat racikan	menit	< 60 menit	34 menit	< 60 menit	< 60 menit	< 60 menit	< 60 menit	< 60 menit	Kepala Instalasi Farmasi	
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	100%	97%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Farmasi
		3	Kepuasan pelanggan	%	> 80 %	100%	> 80 %	> 80 %	> 80 %	> 85 %	> 85 %	Kepala Instalasi Farmasi
		4	Penulisan resep sesuai formularium	%	100%	68%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Farmasi
NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN SAAT INI (Semester Akhir 2021)	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
						2022	2023	2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
XI	GIZI	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	%	> 90 %	57%	> 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	Kepala Instalasi Gizi
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	%	< 20 %	3%	< 20 %	< 20 %	< 20 %	< 20 %	< 20 %	Kepala Instalasi Gizi
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	%	100%	99,98%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN SAAT INI (Semester Akhir 2021)	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB
						2022	2023	2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
XII	BANK DARAH RUMAH SAKIT	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	%	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	Penanggungjawab BDRS
		2	Kejadian reaksi transfusi	%	< 0,01 %	0,01 %	< 0,01 %	< 0,01 %	< 0,01 %	< 0,01 %	Penanggungjawab BDRS

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN SAAT INI (Semester Akhir 2021)	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB
						2022	2023	2024	2025	2026	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
XIII	PELAYANAN GAKIN	1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	%	100 % terpenuhi	100%	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	100 % terpenuhi	Direktur RS

			mg/l	c. TSS< 30 mg/L	c. TSS 7 mg/L	c. TSS< 30 mg/L	c. TSS< 30 mg/L	c. TSS< 30 mg/L	c. TSS< 30 mg/L	c. TSS< 30 mg/L	
			PH	d. PH 6-9	d. PH 6,73	d. PH 6-9	d. PH 6-9	d. PH 6-9	d. PH 6-9	d. PH 6-9	
	2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Sanitasi

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN SAAT INI (Semester Akhir 2021)	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
						2022	2023	2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
XVI	ADMINISTRASI & MANAJEMEN	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur RS
		2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur RS (Ka.bag.Umum)
		3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka.Bag. Umum (sub.Umum)
		4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka.Bag. Umum (sub.Umum)
		5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	> 60%	< 60%	60%	70%	80%	90%	100%	Ka.Bag. Umum (sub.Umum)
		6	Cost recovery	%	> 40%	49%	74%	75%	74%	76%	78%	Ka.Bag. Umum (Sub.Keuangan)

		7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka.Bag. Umum (Sub.Keuangan)
		8	Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	jam	< 2 jam	1,5 jam	< 2 jam	1 jam	1 jam	< 1 jam	< 1 jam	Ka.Bag. Umum (Sub.Keuangan)
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka.Bag. Umum (Sub.Keuangan)

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN SAAT INI (Semester Akhir 2021)	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
						2022	2023	2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
XVII	AMBULANCE / KERETA JENAZAH	1	Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah	jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Ka.Sub.Bag. Umum
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah	jam	< 30 menit	30 menit	< 30 menit	< 30 menit	< 30 menit	< 30 menit	< 30 menit	Ka.Sub.Bag. Umum
		3	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	jam	< 30 menit	30 menit	< 30 menit	< 30 menit	< 30 menit	< 30 menit	< 30 menit	Ka.Sub.Bag. Umum

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN SAAT INI (Semester Akhir 2021)	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
						2022	2023	2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
XX	PELAYANAN LAUNDRY	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	%	100%	85%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR	PENCAPAIAN SAAT INI (Semester Akhir 2021)	TARGET (TAHUN)					PENANGGUNG JAWAB	
						2022	2023	2024	2025	2026		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
XXI	CENTRAL STERILE SUPPLY DEPARTEMENT (CSSD)	1	Ketepatan waktu penyediaan alat steril, BHP/Alat, Linen	%	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka. Instalasi CSSD
		2	Ketersediaan Alat Steril	%	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka. Instalasi CSSD
		3	Tidak ada kejadian alat instrumen yang hilang	%	100%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabel 2
Uraian Standar Pelayanan Minimal

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan Menangani Life Saving Anak Dan Dewasa

Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat darurat
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat
Definisi operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Unit Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat
Dimensi mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan Yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS /PPGD/ GELS/ ALS
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Pengendalian dan Pengembangan Mutu dan Sarana Rumah Sakit
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kasi Pengendalian dan Pengembangan Mutu dan Sarana Rumah Sakit

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat

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

6. Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat

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

7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Pasien Jiwa Yang Dapat Ditenangkan Dalam Waktu ≤ 48 jam (khusus untuk rumah sakit dengan pelayanan jiwa)

Judul	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam
Dimensi mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa
Definisi operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

9. Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka

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

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan Di Rumah Sakit Jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

4. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

5. Waktu Tunggu Di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

6. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan

Definisi operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber data	Survey
Standar	≤ 90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan /tim mutu/panitia mutu

7. Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tiga bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOT
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

7.1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

7.2. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan (TB) Di Rumah Sakit

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

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang member pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

4. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis sehari-hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

7. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	≤ 0,24 % ≤ 2,4 / 1000 (internasional) (NDR ≤ 25/1000 ,Indonesia)
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilain pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	≤ 5 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≤ 90 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

11. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tiga bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

12. Ketersediaan Pelayanan Rawat Di Rumah Sakit Yang Memberikan Pelayanan Jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa
Dimensi mutu	Akses

Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

13. Tidak Adanya Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri

Judul	Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

14. Kejadian (re-admission) Pasien Gangguan Jiwa Tidak Kembali Dalam Perawatan Dalam waktu \leq 1 Bulan

Judul	Kejadian (re-admission) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu \leq 1 bulan
Dimensi mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu \leq 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

15. Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa

Judul	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
Dimensi mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Rekam medis
Standar	\leq 6 minggu
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

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

2. Kejadian Kematian Dimeja Operasi

Judul	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode analisis	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1%
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

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

5. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

6. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien

Standar	≤ 100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

7. Komplikasi Anastesi Karena Over Dosis, Reaksi Anantesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg

	<ul style="list-style-type: none"> - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati - Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan < 1% pre-eklampsia < 30%, sepsis < 0,2%
Penanggung jawab	Komite medik

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

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

3. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

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

4. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

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

5. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

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

6. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 100%
Penanggung jawab	Komite mutu

7.a. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kabid Pelayanan

7.b. Konseling KB Mantap

Judul	Konseling Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kabid Pelayanan

8. Kepuasan Pelanggan

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

VI. PELAYANAN INTENSIF

1. Rata-rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama < 72 jam

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

VII. RADIOLOGI

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

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

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi mutu	Kompetensi tehnis

Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

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

4. Kepuasan Pelanggan

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

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

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

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

3. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	operasional Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan

Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

4. Kepuasan Pelanggan

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

IX. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 50%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

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

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitas medik
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)

Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	>80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

X. FARMASI

1.a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	<30 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

1.b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey

Standar	<60 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

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

3. Kepuasan Pelanggan

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

Sumber data	Survey
Standar	>80%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

4. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	>100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

XI. GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	>90%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

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

3. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey

Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

XII. BANK DARAH RUMAH SAKIT

1. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Penanggungjawab BDRS

2. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	<0,01%
Penanggung jawab	Penanggungjawab BDRS

XIII. PELAYANAN GAKIN

Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN Yang Datang Ke RS Pada Setiap Unit Pelayanan

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

XIV. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang

	meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik

2. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

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

Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	Rerata < 10 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap

Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

XV. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9

Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sanitasi

2. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	<p>Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan <p>Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku</p>
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati

Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Sanitasi

XVI. Administrasi dan Manajemen

1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

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

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/ kegagalan pelaksanaan misi

	organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur rumah sakit

3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	100%
Sumber data	Sub bagian kepegawaian

Standar	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Penanggung jawab	Kepala Bagian Umum

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

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

5. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 jam Pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit

Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>60%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Umum

6. Cost Recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bagian keuangan
Standar	>40%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Umum /Keuangan

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas, Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan

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

8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

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

9. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan

Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

XVII. AMBULANCE / KERETA JENAZAH

1. Waktu Pelayanan Ambulance/kereta Jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulance/kereta jenazah

2. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/kereta Jenazah Di Rumah Sakit

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

3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi mutu	Akses, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan ambulance ke masyarakat yang membutuhkan
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan

	ambulance yang diajukan oleh masyarakat sampai tersedianya ambulance. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance
Standar	100%
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulance/kereta jenazah

XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH

1. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

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

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

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

2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

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

Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

3. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) Yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium Oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

XX. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut

Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap

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

XXI. PELAYANAN CSSD

1. Ketepatan waktu penyediaan alat steril, BHP/Alat, Linen

Judul	Ketepatan waktu penyediaan alat steril, BHP/Alat, Linen
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan CSSD
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan alat steril, BHP/Alat, Linen adalah Ketepatan penyediaan BHP/Alat, Linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisis	1 Bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan BHP/Alat, Linen tepat waktu

Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi CSSD

2. Ketersediaan Alat Steril Untuk Kamar Operasi

Judul	Ketersediaan Alat Steril Untuk Kamar Operasi
Dimensi Mutu	Efisiensi, Efektifitas, dan kenyamanan
Tujuan	Tergambrnya kemampuan Instalasi CSSD dalam mencukupi kebutuhan Alat Steril di rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan Alat Steril adalah tersedianya Alat Steril dalam jumlah yang cukup
Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisis	Tiga Bulan Sekali
Numerator	Jumlah alat steril yang dapat disediakan untuk kamar operasi dalam satu hari
Denominator	Jumlah permintaan kebutuhan alat steril untuk kamar operasi dalam satu hari
Sumber Data	Laporan Harian CSSD
Standar	100%
Penanggungjawab	Kepala Instalasi CSSD

3. Tidak ada kejadian alat instrumen yang hilang

Judul	Tidak ada kejadian alat instrumen yang hilang
Dimensi Mutu	Kuantitas instrumen yang disterilkan
Tujuan	Memantau inventaris alat yang disterilkan
Definisi Operasional	Jumlah instrumen yang diterima sama dengan jumlah instrument yang didistribusikan sesuai ruangnya
Frekuensi Pengumpulan Data	Harian
Periode Analisis	Tiga Bulan Sekali
Numerator	Jumlah set instrument disteril yang tidak hilang / tertukar
Denominator	Jumlah set alat yang disterilkan
Sumber Data	Laporan Harian CSSD
Standar	100%

XXII. SIMRS**1. Respon Time Penanganan Permasalahan Software, Hardware, dan Jaringan**

Judul	Respon Time Penanganan Permasalahan Software, Hardware, dan Jaringan
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Menurunkan angka keterlambatan pelayanan pasien akibat permasalahan pada software, hardware, dan jaringan SIMRS
Definisi operasional	Angka yang menunjukkan waktu respon petugas SIMRS dalam menanggapi laporan permasalahan software, hardware, dan jaringan SIMRS, yaitu tidak lebih dari 30 menit sejak laporan kerusakan diterima sampai dengan respon petugas SIMRS yang akan memperbaiki kerusakan dari laporan tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	Harian
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah keterlambatan respon (> 30 menit) petugas SIMRS dalam menanggapi laporan permasalahan software, hardware, dan jaringan SIMRS pada bulan tersebut.
Denominator	Jumlah seluruh laporan permasalahan software, hardware, dan jaringan SIMRS pada bulan tersebut.
Sumber data	Service Report
Standar	≤30 Menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi SIMRS

XXIII. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

2. Ketersediaan APD

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

Standar	60%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

3. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

Keterangan :

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonie

ISK : Infeksi Saluran Kemih

BAB III PENUTUP

Standar pelayanan minimal rumah sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah provinsi/pemerintah kabupaten/kota dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian mengingat kondisi masing-masing daerah yang terkait dengan sumber daya yang tidak merata maka diperlukan pentahapan dalam pelaksanaan SPM oleh masing-masing daerah sesuai dengan kondisi perkembangan kapasitas daerah. Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan Minimal di rumah sakit sekaligus dapat dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan

BUPATI PASER,

ttd

FAHMI FADLI

SALINAN SESUAI DENGAN ASLINYA

KEPALA BAGIAN HUKUM SETDA. KAB. PASER,


ANDI AZIS

NIP. 19680816 199803 1 007

