



**BUPATI TRENGGALEK
PROVINSI JAWA TIMUR**

**PERATURAN BUPATI TRENGGALEK
NOMOR 5 TAHUN 2023
TENTANG**

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGGUL KABUPATEN TRENGGALEK**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI TRENGGALEK,

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

Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

2. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Jawa Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 9) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya dengan mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Provinsi Jawa Timur dan Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang

Pembentukan Daerah-daerah Kota Besar dalam Lingkungan Provinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);

3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
9. Peraturan Bupati Trenggalek Nomor 17 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Panggul Kabupaten Trenggalek (Berita Daerah Kabupaten Trenggalek Tahun 2022 Nomor 19);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PANGGUL KABUPATEN TRENGGALEK.**

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Trenggalek
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Daerah Kabupaten Trenggalek.
3. Bupati adalah Bupati Trenggalek
4. Rumah Sakit Umum Daerah Panggul yang selanjutnya disebut RSUD Panggul adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Trenggalek.
5. Direktur adalah Direktur RSUD Panggul.
6. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.

7. Fleksibilitas adalah keleluasaan dalam pola pengelolaan keuangan dengan menerapkan praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan layanan kepada masyarakat tanpa mencari keuntungan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.
8. Praktek Bisnis Yang Sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian layanan yang bermutu, berkesinambungan dan berdaya saing.
9. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkannya Peraturan Bupati ini adalah sebagai pedoman dalam menerapkan Standar Pelayanan Minimal RSUD Panggul.
- (2) Tujuan ditetapkannya Peraturan Bupati ini adalah untuk memberikan kepastian hukum dalam penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal RSUD Panggul.

Pasal 3

- (1) Standar Pelayanan Minimal RSUD Panggul digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan publik di lingkungan RSUD Panggul.
- (2) Standar Pelayanan Minimal RSUD Panggul sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 4

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Trenggalek.

Ditetapkan di Trenggalek
pada tanggal 4 April 2023

BUPATI TRENGGALEK,
TTD

MOCHAMAD NUR ARIFIN

Diundangkan di Trenggalek
pada tanggal 4 April 2023

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN TRENGGALEK,
TTD

EDY SOEPRİYANTO

BERITA DAERAH KABUPATEN TRENGGALEK TAHUN 2023 NOMOR 5

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,



AGUNG YUDYANA
NIP. 19680524199703 1 001

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI TRENGGALEK
NOMOR 5 TAHUN 2023
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
PANGGUL KABUPATEN TRENGGALEK

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BLUD RSUD PANGGUL

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

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

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

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

Guna menjamin terlaksananya pelayanan kesehatan yang bermutu

agardapat menjamin kepuasan pelanggan dan keamanan pasien harus, maka perlu mengembangkan Standar Pelayanan Minimal yang merupakan salah satu syarat administrasi Rumah Sakit Umum Daerah Badan Layanan Umum Daerah dengan mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 2 tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 100 Tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal, Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan serta Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

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

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, dijelaskan bahwa Standar Pelayanan Minimal memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) RSUD yang akan menerapkan BLUD.

Standar pelayanan minimal diatur dengan Peraturan Kepala Daerah untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh UOBK yang akan menerapkan BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit mengemban tugas atas dua jenis SPM, karena rumah sakit sebagai bagian dari Pemerintah Daerah yang harus memenuhi hak-hak konstitusional masyarakat, juga sebagai UOBK yang menerapkan BLUD. Dalam menyusun SPM rumah sakit BLUD tersebut, harus mempergunakan bahasa awam dan mudah dimengerti dan dipahami sehingga rumah sakit dan masyarakat penerima pelayanan memiliki pemahaman tentang ukuran kinerja yang sama.

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

1. Merupakan kewajiban bagi semua Pemerintah Daerah; Hak setiap warga Negara untuk memperoleh Jenis Pelayanan Dasar yang ditetapkan oleh Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
2. Sebagai bagian dari alat ukur kinerja Kepala Daerah;
3. Semua daerah melaksanakan Jenis Pelayanan Dasar yang sama;
4. Kaitannya dengan rumah sakit, adalah bahwa melalui rumah sakit, Kepala Daerah menjalankan kewajibannya menyediakan Pelayanan Dasar Kesehatan Standar Pelayanan Minimal Rumah Kesehatan, masing-masing rumah sakit sesuai kemampuan rumah sakit melayani Jenis Pelayanan Dasar yang ditetapkan oleh Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/Menkes/ISK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, sedangkan secara keseluruhan rumah sakit di daerah tersebut melalui rumah sakit-rumah sakit tersebut harus mampu melayani seluruh Jenis Pelayanan Dasar yang ditetapkan dalam Peraturan Pemerintah dimaksud;
5. Terbatas Jenis Pelayanan Dasar yang ditetapkan oleh Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standart Pelayanan Minimal;
6. Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan dievaluasi secara nasional dan dapat dilakukan perubahan jika dinilai perlu diatur lebih lanjut dengan Peraturan Pemerintah;
7. Diutamakan untuk pelayanan preventif, promotif, sebagaimana dirumuskan dalam Standar Teknis, yang dibuat oleh Kementerian Teknis mengikuti perintah Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah, dalam hal ini yang diatur lebih lanjut dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Rumah Bidang Kesehatan;
8. Dapat berbeda antar rumah sakit tergantung kondisi, karakteristik, cakupan layanan masing-masing rumah sakit;

9. Tidak terbatas pada pelayanan kesehatan, dapat melakukan pelayanan lain yang secara jelas dapat disediakan oleh rumah sakit, dan dibutuhkan oleh konsumen rumah sakit (masyarakat, pasien termasuk keluarganya) sebagai pendukung layanan utamanya;
10. Termasuk Jenis Pelayanan Dasar Standar Pelayanan Minimal Kesehatan sesuai kemampuan, berakibat akan dilakukan penyesuaian SPM Kesehatan, maka dilakukan penyesuaian SPM rumah sakit BLUD; Dapat dilakukan Perubahan SPM rumah sakit BLUD ketika dinilai perlu untuk masing-masing rumah sakit, terutama ketika Rencana Pengembangan Pelayanan rumah sakit BLUD yang tertera dalam Renstra rumah sakit BLUD telah dapat direalisasikan dan menjadi layanan rutin, maka layanan itu bisa dijadikan SPM rumah sakit BLUD;
11. Ditetapkan oleh Kepala Daerah melalui Peraturan Kepala Daerah meliputi pelayanan kesehatan komprehensif sesuai Tugas dan Fungsi rumah sakit, bahkan dapat mencakup pelayanan non-kesehatan.

1.2 TUJUAN

Adapun tujuan disusunnya Standar Pelayanan Minimal adalah sebagai berikut:

1. Sebagai pedoman bagi rumah sakit dalam penyelenggaraan layanan kepada masyarakat.
2. Terjaminnya hak masyarakat dalam menerima suatu layanan.
3. Dapat digunakan sebagai alat untuk menentukan alokasi anggaran yang dibutuhkan.
4. Alat akuntabilitas rumah sakit dalam penyelenggaraan layanannya.
5. Mendorong terwujudnya checks and balance.
6. Terciptanya transparansi dan partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan rumah sakit.
7. Terlaksananya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan rumah sakit yang bermutu dan terjangkau.
8. Terlaksananya kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan yang sesuai standar berbasis profesionalisme dengan tetap mengedepankan masalah aksesibilitas masyarakat.

9. Telaksananya pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar sesuai dengan tuntutan masyarakat diwilayah cakupannya.

1.3 PENGERTIAN

1.3.1. UMUM

- a. Rumah sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat;
- b. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
- c. Standar Pelayanan Minimal adalah tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar dan lanjutan yang merupakan urusan wajib daerah; dan
- d. Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu.

1.3.2. KHUSUS

- a. Dimensi kinerja adalah dimensi-dimensi yang digunakan sebagai dasar penyusunan standar pelayanan minimal yang meliputi: akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan/keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia;
- b. Indikator adalah latar belakang/ alasan mengapa suatu kinerja tersebut perlu diukur;
- c. Definisi operasional dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator;
- d. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator tersedia;
- e. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan;
- f. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja;

- g. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja;
- h. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan personal; dan
- i. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.

1.4 LANDASAN HUKUM

- a. Undang –Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
- b. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
- c. Undang – Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
- d. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);
- e. Undang – Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
- f. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
- g. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun

- 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
- h. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2019 Tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
 - i. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan (Lembaran Negara RepublikIndonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
 - j. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 Tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 - k. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
 - l. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 tahun 2018 Tentang BadanLayanan Umum Daerah;
 - m. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengeloaan Keuangan Daerah;
 - n. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah sakit;
 - o. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
 - p. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 7/PER/25/M.PAN/2/2010 Tentang Pedoman Penilaian Kinerja Unit Pelayanan Publik;
 - q. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor KEP/25/M.PAN/2/2012 Tentang Pelayanan Publik;
 - r. Peraturan Bupati Trenggalek Nomor 17 Tahun 2022 Tentang Pembentukan Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Panggul Kabupaten Trenggalek.

1.5 PERUBAHAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Standar Pelayanan Minimal BLUD Rumah Sakit ini akan di revisi apabila terjadi perubahan terhadap peraturan perundang-undangan

yang terkait dengan Standar Pelayanan Minimal sebagaimana di sebutkan di atas, serta disesuaikan dengan tugas, fungsi, tanggung jawab ,dan kewenangan organisasi rumah sakit serta perubahan lingkungan.

1.6 PERUBAHAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Standar Pelayanan Minimal BLUD Rumah Sakit ini akan di revisi apabila terjadi perubahan terhadap peraturan perundang-undangan yang terkait dengan Standar Pelayanan Minimal sebagaimana di sebutkan di atas, serta disesuaikan dengan tugas, fungsi, tanggung jawab ,dan kewenangan organisasi rumah sakit serta perubahan lingkungan

1.7 SISTEMATIKA PENYAJIAN

Sistematika dokumen Standar Pelayanan Minimal RSUD Panggul disusun sebagai berikut :

Bab I Pendahuluan

- 1.1 Latar Belakang
- 1.2 Tujuan
- 1.3 Definsi Operasional
- 1.4 Landasan Hukum
- 1.5 Sistematika Penyajian
- 1.6 Perubahan Standar Pelayanan Minimal
- 1.7 Cara Menyusun Dokumen Standar Pelayanan Minimal

Bab II Standar Pelayanan Minimal

- 2.1 Jenis Pelayanan
- 2.2 Prosedur Layanan
- 2.3 Indikator dan Standar Pencapaian Kinerja
- 2.4 Uraian indikator dan formula pengukuran

Bab III Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal

Bab IV Penutup

Lampiran

1.7 CARA MENYUSUN DOKUMEN SPM RSUD PANGGUL

1. Rumah sakit mengidentifikasi Jenis Pelayanan yang saat ini telah mampu disediakan bagi seluruh warga di Kabupaten Trenggalek dan sekitarnya. Jenis Pelayanan itu mendukung pelaksanaan tugas

dan fungsi rumah sakit sebagai BLUD, yaitu fungsi Pelayanan dan fungsi Pendukung. Untuk semua jenis pelayanan tersebut dituliskan Standar Pelayanan Minimal sebagai penjelasan bagaimana prosedur/ langkah-langkah setiap pelaksanaan tersebut dilaksanakan.

2. Memperhatikan Modul Penilaian dan Penetapan Badan Layanan Umum Daerah sesuai **Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 981/1010/SJ dan Nomor 981/1011/SJ** tertanggal 6 Februari 2019, dimana Surat Edaran ini merupakan tindak lanjut dari Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang BLUD, maka bagian SPM ini agar memperhatikan adanya:
 - a. Penjelasan Standar Pelayanan Minimal di Rumah sakit:
 - 1) Fokus mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi BLUD;
 - 2) Terukur merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan;
 - 3) Dapat dicapai merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai dengan kemampuan dan tingkat pemanfaatannya;
 - b. Relevan dan dapat diandalkan merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi BLUD;
 - c. Tepat waktu atau kerangka waktu merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan yang telah ditetapkan.
 - d. Kelengkapan jenis pelayanan sesuai dengan SPM yang diberlakukan di rumah sakit.
3. Keterkaitan yang kuat antara SPM dengan Renstra RSUD Panggul Kabupaten Trenggalek dan Anggaran Tahunan.
4. Pengesahan Standar Pelayanan Minimal oleh Kepala Daerah melalui Peraturan Kepala Daerah.

Seluruh unsur diatas dapat dipahami dalam kebijakan penyelenggaraan rumah sakit sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 serta Peraturan Menteri Kesehatan No.3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah sakit. Tim rumah sakit yang menyusun dan menyiapkan rancangan renstra rumah sakit perlu

memahami kebijakan ini dan mengikuti pedoman tersebut.

1. Rumah sakit juga mengidentifikasi Jenis Pelayanan yang akan dikembangkan untuk dapat disediakan bagi semua warga di wilayah kerja rumah sakit di masa mendatang. Jenis pelayanan ini yang akan dimasukkan ke dalam renstra rumah sakit sebagai Rencana Pengembangan dalam kurun waktu empat tahun mendatang.
2. Rumah sakit memilih Jenis Pelayanan yang akan dikembangkan, yang dapat dipastikan pelaksanaannya dengan kualitas terbaik, untuk ditetapkan sebagai SPM rumah sakit. Pemilihan ini dilaksanakan dengan pendampingan oleh Dinas Kesehatan setempat.
3. RSUD Panggul menyusun Rancangan Peraturan Bupati Trenggalek dan mengusulkannya untuk diterbitkannya Peraturan Bupati Trenggalek tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD Panggul. Proses ini dilaksanakan dengan pendampingan oleh Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Trenggalek.

BAB II

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Standar Pelayanan Minimal RSUD Panggul dalam pedoman ini meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit.

2.1 JENIS LAYANAN

Jenis-Jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh RSUD Panggul Kabupaten Trenggalek meliputi :

1. Pelayanan gawat darurat;
2. Pelayanan rawat jalan
3. Pelayanan rawat inap;
4. Pelayanan bedah;
5. Pelayanan persalinan dan perinatologi;
6. Pelayanan intensif;
7. Pelayanan radiologi;
8. Pelayanan Laboratorium patologi klinik;
9. Pelayanan rehabilitasi medik;
10. Pelayanan farmasi;
11. Pelayanan gizi;
12. Pelayanan transfusi darah;
13. Pelayanan keluarga miskin
14. Pelayanan rekam medik;
15. Pengelolaan limbah
16. Pelayanan administrasi manajemen;
17. Pelayanan ambulans/ kereta jenazah
18. Pelayanan pemulasaran jenazah;
19. Pelayanan laundry
20. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
21. pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi

2.2 PROSEDUR PELAYANAN

Prosedur pelayanan di RSUD Panggul disusun dalam bentuk Standar Prosedur Operasional dan alur pelayanan yang dituangkan dalam dokumen Tata kelola yang ditetapkan oleh Bupati Kabupaten Trenggalek.

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

Manfaat Standar Prosedur Operasional bagi rumah sakit adalah memenuhi persyaratan standar pelayanan rumah sakit, mendokumentasikan langkah-langkah kegiatan dan memastikan staf rumah sakit memahami bagaimana melakukan pekerjaannya. Alur pelayanan di rumah sakit disusun untuk memberikan kejelasan dan kemudahan bagi pasien untuk mendapatkan pelayanan di rumah sakit.

2.3 INDIKATOR DAN STANDAR PENCAPAIAN KINERJA

Indikator dan standar pencapaian kinerja pada hakikatnya menunjukkan aspek-aspek utama dari setiap jenis pelayanan yang bersifat terukur sehingga pencapaian kinerja dapat diketahui apakah standar sudah dapat dicapai atau belum. Dengan menentukan komitmen batas waktu untuk pencapaian standar, Pemerintah Daerah melalui RSUD Panggul berupaya terus meningkatkan kualitas pelayanannya.

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
1	Gawat Darurat	1.Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan Dewasa	100 %	1 tahun
		2.Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	1 tahun
		3.Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/ ACLS/BTCLS/PPGD	100 %	3 tahun

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
		4.Ketersediaan tim penanggulangan Bencana	Satu Tim	1 Tahun
		5.Waktu tanggap pelayanan dokter di unitgawat darurat	≤ 5 menit	1 tahun
		6.Kepuasan pelangganpada Instalasi Gawat Darurat	≥ 70 %	1 tahun
		7.Kematian pasien 24 jam di Instalasi GawatDarurat	≤ 2 %	1 tahun
		8.Tidak adanya keharusanuntuk membayar uang Muka	100 %	1 tahun
2	Rawat Jalan	1.Pelayanan di Klinik olehdr/drg atau dr/drg Spesialis	Pelayanan oleh dr/drg dan dr/drg spesialis 100 %	1 tahun
		2.Ketersediaan PelayananRawat Jalan	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan & Kandungan d. Klinik Bedah	2 tahun
		3.Jam Buka Pelayanan	Senin – Kamis : 08.00 – 13.00 Jumat : 08.00 – 11.00	2 tahun
		4.Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 (enam puluh) menit	1 tahun
		5.Kepuasan Pelanggan	≥ 90 % (Sembilan puluhpersen)	2 tahun

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
		6.a.Penegakan diagnosis TBmelalui Pemeriksaan TCM	≥ 60 % (enam puluh persen)	2 tahun
		6.b.Terlaksananya KegiatanPencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60 % (enam puluh persen)	2 tahun
3	Rawat Inap	1.Pemberi pelayanan rawat inap:		
		a. Dokter spesialis	100 %	2 tahun
		b. Perawat dengan pendidikan minimalD3	100%	2 tahun
		c. Bidan minimal D3	100 %	2 tahun
		2.Dokter penanggung jawab pasien rawat inap (DPJP)	100 %	1 tahun
		3.Ketersediaan pelayananrawat inap : - Anak - Penyakit Dalam - Obsgyn - Bedah	100 %	3 tahun
		4.Jam visite dokter Spesialis	08.00- 14.00 Setiap hari kerja	2 tahun
		5.Kejadian infeksi pasca Operasi	≤ 1,5 %	2 tahun
		6.Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %	2 tahun

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
		7.Tidak adanya kejadianpasien jatuh yang berakibat kecacatan/ Kematian	100 %	1 tahun
		8.Kematian pasien > 48 Jam	≤ 0,24 %	2 tahun
		9.Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	1 tahun
		10.Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	2 tahun
		11.Rawat inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM pada pasien rawat inap b. Terlaksananya kegiatan pencatatan& pelaporan TB pasien rawat inap diRS	≥ 60%	2 tahun
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan& pelaporan TB pasien rawat inap diRS	≥ 60%	2 tahun
4	Bedah Sentral	1.Waktu tunggu operasi Elektif	≤ 2 hari	2 tahun
		2.Tidak adanya kematian di meja operasi	≤ 1 %	2 tahun
		3.Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	2 tahun
		4.Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	2 tahun
		5.Tidak adanya kejadiansalah tindakan pada Operasi	100 %	2 tahun

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	2 tahun
		7. Komplikasi anestesikarena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6 %	2 tahun
5	Persalinan & Perinatologi	1. Kejadian kematian ibu karena : - Pendarahan - Pre eklampsia - Sepsis	≤ 1 % ≤ 30 % ≤ 0,2 %	2 tahun
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal - SPOG - Dr. umum terlatih APN - Bidan	100 %	2 tahun
		3. Pelayanan persalinan penyulit oleh Tim PONEK terlatih yang terdiri dari: - dr. Sp. OG - dr. Sp. Anak - dr. Sp. Anastesi - Dokter umum - Bidan - Perawat	Tim PONEK terlatih	3 tahun
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi: - dr. Sp. OG - dr. Sp. Anak - dr. Sp. Anastesi	100 % 100 % 100 %	2 tahun

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
		5.Persentase persalinan dengan tindakan operasi (SC)	≤ 20 %	2 tahun
		6.BBLR 1500 – 2500 gram yang tertangani	100%	2 tahun
		7.a.Pemberian pelayanan kontrasepsi mantap oleh: - dr. SPOG - dr. Sp Bedah - dr. Sp Urologi - dokter umum terlatih	100 % 100 % 100 % 100 %	2 tahun
		7.b.Pelayanan konseling kontrasepsi mantap oleh bidan terlatih	100 %	1 tahun
		8.Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	1 tahun
6	Ruang Khusus / Intensif	1.Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan Ruang Khusus dengankasus yang sama < 72 Jam	≤ 3 %	1 tahun
		2.Pemberi pelayanan Ruang Khusus/ Intensif	Dokter Sp anastesi & dokterspesialis sesuai dengan kasus yang ditangani 100 %	1 tahun
			<ul style="list-style-type: none"> • Dokter umum dengan sertifikat ICU 100 % • Perawat minimal D3dengan sertifikat Perawat Mahir 	2 tahun 2 tahun

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
			ICU/setara D4100 %	
7	Radiologi	1.Waktu tunggu pelayanan foto thorax	≤ 3 jam	2 tahun
		2.Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Rontgen	Sp.Rad	2 tahun
		3.Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤ 2 %	2 tahun
		4.Kepuasan pelanggan terhadap pelayanan radiologi	≥ 80 %	2 tahun
8	Laboratorium	1.Waktu tunggu pelayanan laboratorium (darah rutin & kimia darah)	≤ 140 menit	1 tahun
		2.Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium	Dokter SpPK	2 tahun
		3.Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan Laboratorium	100%	1 tahun
		4.Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	1 tahun
9	Rehabilitasi Medik	1.Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang Direncanakan	≤ 50 %	4 tahun
		2.Tidak ada kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %	4 tahun
		3.Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	4 tahun

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
10	Farmasi	1.a.Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	2 tahun
		1.b.Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	2 tahun
		2.Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	1 tahun
		3.Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	2 tahun
		4.Penulisan resep sesuai formularium RS	100 %	2 tahun
11	Gizi	1.Ketepatan waktu pemberian makan kepada pasien	≥ 90 %	1 tahun
		2.Sisa makan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	1 tahun
		3.Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100 %	1 tahun
12	Transfusi Darah	1.Pemenuhan kebutuhandarah bagi setiap pelayanan transfusi Darah	100 %	1 tahun
		2.Kejadian reaksi transfusi Darah	≤ 0,01 %	1 tahun
13	Keluarga Miskin (Gakin)	Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 %	1 tahun
14	Rekam Medis	1.Kelengkapan pengisianrekam medis 24 jam setelah selesai Pelayanan	100 %	1 tahun
		2.Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang Jelas	100 %	1 tahun

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	1 tahun
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	1 tahun
15	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair	BOD < 30 mg/L COD < 80 mg/L TSS < 30 mg/L Ph 6-9	1 tahun
		2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%	1 tahun
16	Administrasi Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %	1 tahun
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	1 tahun
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	1 tahun
		4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100 %	1 tahun
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %	2 tahun
		6. Cost recovery	≥ 40 %	4 tahun
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	1 tahun
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	1 tahun

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %	1 tahun
17	Ambulans Emergensi / Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulans emergensi/ ambulans jenazah	24 jam	1 tahun
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans emergensi/ ambulans jenazah di rumah sakit	≤ 230 menit	1 tahun
18	Pemulasaran Jenazah	1. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran Jenazah	≤ 2 jam	1 tahun
19	Laundry	1. Tidak ada kejadian linen yang hilang	100 %	1 tahun
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen di rawat inap	100 %	1 tahun
20	Pemeliharaan Sarana RS	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %	1 tahun
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %	1 tahun
		3. Peralatan laboratorium & alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %	1 tahun

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Batas Waktu Pencapaian
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1. Ada anggota tim PPI yang terlatih	≥ 75 %	1 tahun
		2. Tersedianya APD di setiap Unit	≥ 60 %	1 tahun
		3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial/ HAI (Health Associated Infections) di RS (minimum 1 parameter)	≥ 75%	1 tahun

2.4 URAIAN INDIKATOR DAN FORMULA PENGUKURAN

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

RSUD Panggul melakukan penyesuaian indikator dengan pelayanan Rumah Sakit Kelas D mengacu pada Peraturan Bupati Trenggalek Nomor 17 tahun 2022 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Panggul Kabupaten Trenggalek, sehingga terdapat 21 indikator SPM untuk RSUD Panggul sebagai berikut :

2.4.1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

2.4.1.1. Kemampuan menangani *lifesaving* anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) buln sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di IGD

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke IGD yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i>
Sumber data	Rekam Medik di IGD
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.4.1.2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat standar 24 Jam
Dimensi Mutu	Keterjangkauan ²
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 (dua puluh empat) Jam di setiap Rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 (dua puluh empat) jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 (dua puluh empat) jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.4.1.3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat *Advanced Trauma Life Support (ATLS)/ Basic Trauma Life Support (BTLIS)/ Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)/* Pertolongan Pertama Gawat Darurat (PPGD)

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat standar 24 (dua puluh empat) jam
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 (dua puluh empat) Jam di setiap Rumah sakit

Definisi Operasional	Jam buka 24 (dua puluh empat) jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 (dua puluh empat) jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.4.1.4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana standar 1 tim
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Menunjukkan Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (Tiga) bulan sekali
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Gawat Darurat (IGD)
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.4.1.5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat standar ≤ 5 (lima) menit terlayani setelah pasien Datang
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Menunjukkan terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat adalah waktu yang dihitung sejak pasien datang sampaimendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secaraacak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal $n=50$)
Sumber data	Sample
Standar	≤ 5 (lima) menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu/Panitia Mutu

2.4.1.6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat standar ≥ 70 % (tujuh puluh persen)
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survei

Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survei (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Survei
Standar	≥70% (Tujuh puluh persen)
Penanggung Jawa bPengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu/ Panitia Mutu

2.4.1.7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 (dua puluh empat) jam di Gawat Darurat standar ≤2 perseribu
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 (dua puluh empat) jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 (dua puluh empat) jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (Tiga) bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 (dua puluh empat jam) jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	≤ 2/1000
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.4.1.8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka standar 100% (seratus persen)
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	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	Survei
Target	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2.4.2 PELAYANAN RAWAT JALAN

2.4.2.1. Pemberian 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 dirumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1(satu) bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh Dokter Spesialis dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu Bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.4.2.2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di RS
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 tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.4.2.3. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik padahari kerja di setiap Rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis Jam buka 08.00 s.d.14.00 WIB setiap hari kerja Senin – Sabtu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam 1 (satu) bulan

Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.4.2.4. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan standar 60 menit
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh Dokter Spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survei
Sumber data	Survei Pasien rawat jalan
Standar	≤60 Menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu

2.4.2.5. Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan

Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survei (minimal n=50)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 % (sembilan puluh persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan / Tim Mutu/Panitia Mutu

2.4.2.6. Pelayanan TB

2.4.2.6.1. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 (enam) bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	60% (enam puluh persen)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.4.2.6.2. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah hanumsakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan Pelaporan semjua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 (enam) bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan Dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB di rumah sakit
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.4.2.6.3. Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi *Directly Observed Treatment, Short-Course (DOTS)*

Judul	Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditanganidengan strategi <i>Directly Observed Treatment Short - Course (DOTS)</i>
Dimensi Mutu	Akses, Efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 (Lima) strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan TCM, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar

	penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 (tiga) bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 (tiga) bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2.4.3. PELAYANAN RAWAT INAP

2.4.3.1. Pemberi pelayanan

Judul	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang Kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten minimal Diploma tiga (D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter, perawat dan bidan yang memberikan pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter, perawat dan bidan yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 % (seratus persen)

Penanggung jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap
---------------------------------	-----------------------------

2.4.3.2. Dokter penanggung jawab pasien

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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) 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 % (seratus persen)
Penanggung jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.4.3.3. Ketersediaan pelayanan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimalis harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) 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 kandungan, bedah
Penanggung jawab Pengumpul Data	Kepala Rawat Inap

2.4.3.4. Jam *visite* dokter spesialis

Judul	Jam <i>visite</i> dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, Kesenambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	<i>Visite</i> Dokter Spesialis adalah kunjungan dokter Spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 WIB
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Jumlah <i>visite</i> dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 WIB yang disurvei
Numerator	Jumlah pelaksanaan <i>visite</i> dokter spesialis yang disurvei
Denominator	Survei
Sumber data	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Komite Medik/ Tim Pengendali Mutu

2.4.3.5. 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 nosocomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (Kalor), kemerahan (<i>colour</i>), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu 3 x 24 jam
Frekuensi pengumpulan Data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pascaoperasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diopeasi dalam 1 (satu) Bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 1,5%
Penanggung Jawa pengumpul data	Ketua Medik/ Komite Mutu / Tim Mutu

2.4.3.6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian nosokomial rumah Sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi decubitus, phlebitis, sepsis dan infeksi operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 1,5%

Penanggung jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Komite Medik/ Panitia Mutu
---------------------------------	---

2.4.3.7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat 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, kamar mandi, dan sebagainya 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 % (seratus persen)
Penanggung jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.4.3.8. Kematian pasien > 48 jam

Judul	Kematian pasien > 48 (empat puluh delapan jam), target ≤ 25m (dua puluh lima) Permil
Dimensi mutu	keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode analisis	1 (satu) bulan
Numerator	jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 (empat puluh delapan) jam dalam 1 (satu) bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	≤ 0,24 %
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Ketua Komite Mutu

2.4.3.9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa Standar ≤ 5 % (lima persen)
Dimensi mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas 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 (satu) bulan

Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	≤5% (lima persen)
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.4.3.10. Kepuasan pelanggan/pasien

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal lima puluh)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 % (Sembilan puluh persen)
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite Mutu/Tim Mutu

2.4.3.11. Layanan Rawat Inap pasien TB

2.4.3.11.1. Penegakan diagnosis TB melalui TCM Pasien Rawat Inap

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM pasien rawat inap
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 (enam) bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan TCM di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	60% (enam puluh persen)
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.4.3.11.2. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB Pasien Rawat Inap di RSUD Panggul

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB pasien rawat inap di rumahsakit
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TByang rawat inap di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 (enam) bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB di rumah sakit
Sumber data	Rekam Medik

Standar	60% (enam puluh persen)
Penanggungjawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.4.3.11.3. Pasien Rawat Inap TB yang ditangani dengan Strategi Direct Observed Treatment Short-course (DOTS)

Judul	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi <i>Direct Observed Treatment Short-course</i> (DOTS)
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagipasien tuberkulosis dengan strategi <i>Direct Observed Treatment Short-course</i> (DOTS)
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberculosis dengan strategi <i>Direct Observed Treatmen Short- course</i> (DOTS) adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 (lima) strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberculosis harusmelalui pemeriksaan TCM, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuaidengan penanggulangan tuberculosis Nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 (tiga) bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategiDOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan

Sumber data	Register rawat inap, formulir register TB 03UPK (Unit Pelayanan Kesehatan)
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggungjawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2.4.4. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

2.4.4.1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif standar ≤ 2 (dua) hari
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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasidalam 1 (satu) bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

2.4.4.2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi Standar ≤ 1 % (satu persen)
Dimensi mutu	keselamatan, efektifitas

Tujuan	tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi diatas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang meninggal di mejaoperasi dalam 1(satu) bulan
Denominator	jumlah pasien yang dilakukan tindakanpembedahan dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	≤1%
Penanggung Jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

2.4.4.3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisistandar 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadapkeselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>

Periode analisis	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ Komite Medis

2.4.4.4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang standar 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan Data	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ Komite Medis

2.4.4.5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi standar 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

2.4.4.6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi standar 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi

Definisi operasional	kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas,gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 (satu) bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Intalasi Bedah Sentral/Komite Medis

2.4.4.7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salahpenempatan endotracheal tube

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotrachealtube standar ≤6 %
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lainkarena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.
Frekuensi pengumpulan Data	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>

Numerator	jumlah pasien yang mengalami komplikasianestesi 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

2.4.5.PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

2.4.5.1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklamsia, eklampsia, dan sepsis. Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tigatanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dandiastolik > 110 mmHg • Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif • Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsi yang disertaidengan 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 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam Medis Rumah sakit
Standar	Pendarahan ≤ 1 %, pre-eklampsia $\leq 30\%$, Sepsis $\leq 0,2$ %
Penanggung jawab	Komite Medik

2.4.5.2. 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 Spesialis Obsgyn (dr.Sp.OG), dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) 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 memberipertolongan persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung Jawab	Komite Mutu

2.4.5.3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis

Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	<p>Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari Dokter Spesialis kandungan dan Kebidanan (Sp.OG), dengan dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih.</p> <p>Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr (dua ribu lima ratus gram), kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat dan tali pusat menubung</p>
Frekuensi pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (Tiga) bulan
Numerator	Tersedianya tim Dokter Spesialis <i>Obsgyn</i> (SpOG), dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan Rekam Medis
Standar	Tersedia
Penanggung Jawab Pengumpulan Data	Komite Mutu

2.4.5.4. 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 Spesialis <i>Obsgyn</i> , Dokter Spesialis Anak, Dokter Spesialis Anestesi.

Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Spesialis Obsgyn, Dokter Spesialis Anak, Dokter Spesialis Anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 % (seratus persen)
PenanggungJawab	Komite Mutu

2.4.5.5. 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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) 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 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Komite Medik/ Komite Mutu

2.4.5.6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio Cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi

Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode Analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤20 % (dua puluh persen)
Penanggung Jawab	Komite Mutu

2.4.5.7. Layanan Keluarga Berencana

2.4.5.7.1. Keluarga Berencana Mantap

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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggungjawab	Kepala Bidang Pelayanan Medis

2.4.5.7.2. Pelayanan konseling kontrasepsi mantap oleh Bidan Terlatih

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung Jawab	Kepala Bidang Pelayanan Medis

2.4.5.7.3. Kepuasan Pasien/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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 % (delapan puluh persen)

Penanggung jawab	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu
------------------	----------------------------

2.4.6. PELAYANAN INTENSIF

2.4.6.1. 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 (tujuh puluh dua) jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan Intensif
Definisi operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 (tujuh puluh dua) jam
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 (tujuh puluh dua) jam dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤3 % (tiga persen)
Penanggung Jawab	Komite Medik/Mutu

2.4.6.2. Pemberi pelayanan intensif

Judul	Pemberi pelayanan intensif
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang Kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan intensif adalah Dokter Spesialis Anestesi (Sp.An) dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat Diploma Tiga (D3) dengan sertifikat perawat mahir <i>Intensive Care Unit (ICU)</i> /setara

Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah tenaga Dokter Spesialis Anestesi dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat Diploma Tiga(D3) dengan sertifikat perawat mahir <i>Intensive Care Unit (ICU)</i> /setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayaniperawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung Jawab	Komite Medik/Mutu

2.4.7. PELAYANAN RADIOLOGI

2.4.7.1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax fotostandar \leq 3 jam
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 fotosampai dengan menerima hasil yang sudah Diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam 1 (satu) bulan
Denominator	jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	\leq 3 jam
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Radiologi

2.4.7.2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen standar Dokter Spesialis radiologi (Sp.Rad) 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan Diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi roentgen adalah dokter spesialis radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto 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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah foto roentgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi radiologi
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Radiologi

2.4.7.3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen standar ≤2 % (dua persen)
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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 Bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	≤2%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Radiologi

2.4.7.4. Kepuasan pelanggan/pasien

Judul	Kepuasan pelanggan standar ≥80 %
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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80% (tujuh puluh persen)
Penanggung Jawab	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

2.4.8. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

2.4.8.1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium ≤140 menit (manual)
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi standar
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan Laboratorium

Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratoium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampaidengan menerima hasil yang sudah Diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	jumlah komulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤140 menit (manual)
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2.4.8.2. Pelaksana ekspertise hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium Dokter Spesialis Patologi Klinis (dr.Sp.PK)
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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register di Instalasi laboratorium
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2.4.8.3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium standar 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan Laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium padasalah orang
Frekuensi pengumpulandata	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 % (seratus persen)
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2.4.8.4. 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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasandari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 % (delapan puluh persen)
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2.4.9. REHABILITASI MEDIK

2.4.9.1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan

Definisi operasional	<i>Drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode analisis	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang <i>drop out</i> dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 (tiga) bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤50 % (lima puluh persen)
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2.4.9.2. 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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2.4.9.3. 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 rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 % (delapan puluh persen)
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2.4.10. FARMASI

2.4.10.1. 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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤30 (tiga puluh) menit
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2.4.10.2. 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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) 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	Survei
Standar	≤60 (enam puluh) menit

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

2.4.10.3. 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 : <ol style="list-style-type: none"> 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurveidikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2.4.10.4. Kepuasan pelanggan/pasien

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 (satu) bulan

Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 % (delapan puluh persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2.4.10.5. 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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2.4.11. GIZI

2.4.11.1. 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 (satu) 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	Survei
Standar	≥90 % (Sembilan puluh persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2.4.11.2. 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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu Bulan
Sumber data	Survei
Standar	≤20 % (dua puluh persen)

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap
------------------	---

2.4.11.3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

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

2.4.12. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

2.4.12.1 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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan

Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 Bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 % (seratus Persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi BDRS

2.4.12.2 Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada Unit Transfusi Darah
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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) 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	Kepala Instalasi BDRS

2.4.13. PELAYANAN PASIEN DILUAR KUOTA JKN

Judul	Pelayanan terhadap pasien diluar Kuota JKN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan (GAKIN) yang datang ke Rumah sakit pada setiap unit pelayanan
-------	--

Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien diluar Kuota JKN adalah pasien pemegang surat jaminan pelayanan diluar kuota JKN
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien diluar Kuota JKN yang dilayani rumah sakit dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien diluar Kuota JKN yang datang ke rumah sakit dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Direktur Rumah sakit

2.4.14. PELAYANAN REKAM MEDIS

2.4.14.1 Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan standar 100% (seratus persen)
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 (dua puluh empat) 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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis

2.4.14.2 Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan <i>Informed Concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas standar 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	<i>Informed Concent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan

Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik

2.4.14.3 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan standar rerata ≤ 10(sepuluh) menit
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulandata	tiap bulan
Periode analisis	tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	≤ 10 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik

2.4.14.4 Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap standar Rerata ≤ 15(lima belas) menit
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekammedis rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	≤ 15 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis

2.4.15. PENGOLAHAN LIMBAH

2.4.15.1. 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 padalimbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batasyang ditolelir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80mg/liter TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode analisis	3 (tiga) 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 % (seratus Persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Prasarana Rumah sakit (IPSR)

2.4.15.2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa Ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan

	pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu)bulan
Periode analisis	3 (tiga) 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 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Prasarana Rumah sakit (IPSR)/ Kepala Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah sakit (K3 RS)

2.4.16. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

2.4.16.1. 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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) 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 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Direktur Rumah sakit

2.4.16.2. 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 pertanggung jawaban 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 dipesyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 (tiga) bulan sekali
Frekuensi pengumpulan Data	1 (satu) tahun
Periode analisis	1 (satu) tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 (tiga) bulan dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Direktur

2.4.16.3. 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 2 (dua) periode dalam 1 (satu) tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan Data	1 (satu) tahun
Periode analisis	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun

Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu Tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha

2.4.16.4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensimutu	efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit Terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999)
Frekuensi pengumpulan Data	1 (satu) tahun
Periode analisis	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SuratKeputusan kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperolehkenaikan gaji berkala dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha

2.4.16.5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 (dua puluh) jam pertahun
Dimensi mutu	kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadapkualitas sumber daya manusia

Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 (dua puluh) jam per tahun
Frekuensi pengumpulan Data	1 (satu) tahun
Periode analisis	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 (dua puluh) jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	≥60 % (enam puluh persen)
Penanggungjawab	Kepala Bagian Tata Usaha

2.4.16.6. Cost recovery

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

2.4.16.7. 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 (sepuluh) setiap bulan Berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 (tiga) bulan
Sumber data	Sub Bag Keuangan
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

2.4.16.8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberia 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 pengumpulandata	tiap bulan
Periodeanalisis	tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasitagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	≤ 2 (dua) jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

2.4.16.9. 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 (enam) bulan
Periodeanalisis	tiap 6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian Insentif
Denominator	6 (enam)
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

2.4.17. PELAYANAN AMBULANS

2.4.17.1. Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulans/ kereta jenazah
Dimensi Mutu	Akses

Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/ kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/ keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/ keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (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 (dua puluh empat) jam
Penanggung jawab	Penanggung Jawab Ambulans/ Kereta Jenazah

2.4.17.2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance

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 (tiga puluh) menit
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan

Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 (satu) Bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/ kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggungjawab	Penanggung Jawab Ambulance

2.4.18. PEMULASARAN JENAZAH

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan Jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakitterhadap 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 pengumpulandata	1 (satu) bulan
Periodeanalisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Total komulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam 1 (satu)bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	≤2 (dua) jam
Penanggungjawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

2.4.19. PELAYANAN LAUNDRY

2.4.19.1. Tidak adanya kejadian linen hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang standar 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas

Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 (empat) hari sampling dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survei
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

2.4.19.2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap standar 100% (seratuspersen)
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 (satu) bulan
Periode analisis	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

2.4.20. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

2.4.20.1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat standar ≥ 80 % (delapan puluh persen)
-------	--

Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dalam menanggapi adanya kerusakan 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 (lima belas) menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 (lima belas) menit dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥80% (delapan puluh persen)
Penanggungjawab	Kepala IPRS & Kesling

2.4.20.2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat standar 100%
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang Berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) 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 % (seratus persen)
Penanggungjawab	Kepala IPRS & Kesling

2.4.20.3. Peralatan laboratorium (dan alat ukur lainnya) yang terkalibrasi tepatwaktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi standar 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK).
Frekuensi pengumpulan Data	1 (satu) tahun
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan Laboratorium
Periode analisis	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 (satu) tahun
Denominator	jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1(satu) tahun
Sumber data	Buku registrasi
Standar	100% (seratus persen)
Penanggung jawab	Kepala IPRS & Kesling

2.4.21. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

2.4.21.1. Terdapat Anggota Tim Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)

yang terlatih

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya Anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah Anggota Tim PPI yang telah mengikutipendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75 % (tujuh puluh lima persen)
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

2.4.21.2. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) disetiap instalasi

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri) di setiap instalasi
Dimensi mutu	Mutu Pelayanan, Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi Rumah Sakit
Definisi operasional	Alat terstandart yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, Pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di Rumah sakit seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi pengumpulan Data	Setiap hari
Periode analisis	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah Instalasi yang menggunakan Alat Pelindung Diri
Denominator	Jumlah Instalasi di Rumah sakit
Sumber data	Survei
Standar	≥ 60 % (enam puluh persen)

Penanggung Jawab	Tim PPI (Pencegah dan Pengendalian Infeksi)
------------------	---

2.4.21.3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosocomial di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah sakit
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) ILO: Infeksi Luka Operasi ILI: Infeksi luka Infus VAP: Ventilator Associated Pneumonie ISK: Infeksi Saluran Kemih
Frekuensi pengumpulandata	Setiap hari
Periode analisis	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah Instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah Instalasi di Rumah sakit
Sumber data	Survei
Standar	≥ 75 % (tujuh puluh lima persen)
Penanggung jawab	Tim PPI