WALI KOTA SABANG

PROVINSI ACEH

PERATURAN WALI KOTA SABANG
NOMOR 8 TAHUN 2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SABANG

DENGAN RAHMAT ALLAH YANG MAHA KUASA

WALI KOTA SABANG,

Menimbang : a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah dan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, standar Pelayanan minimal diatur dengan Peraturan Wali Kota untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas yang akan menerapkan Badan Layanan Umum Daerah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Sabang;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1965 tentang Pembentukan Kotapraja Sabang dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 7 Drt Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kabupaten di Propinsi Sumatera Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 56, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2758);

2. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4633);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-

Undang ...

Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);

4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah 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);
6. 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);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;
11. Qanun Aceh Nomor 4 Tahun 2010 tentang Kesehatan (Lembaran Daerah Aceh Tahun 2011 Nomor 01, Tambahan Daerah Aceh Nomor 30);
12. Peraturan Wali Kota Sabang Nomor 39 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Dinas Daerah Kota Sabang;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SABANG.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu Pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknik tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD Kota Sabang kepada masyarakat.
2. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan Pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
3. Rumah Sakit adalah Institusi kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan Pelayanan Rawat Inap, rawat jalan dan gawat darurat.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Kota Sabang yang selanjutnya disebut RSUD Kota Sabang adalah instansi yang melaksanakan Pelayanan di bidang kesehatan sebagai unit organisasi bersifat fungsional dan unit layanan yang bekerja secara profesional.
5. Direktur adalah Direktur pada RSUD Kota Sabang.
6. Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan kegiatan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik dan menyediakan kepuasan pelanggan.
7. Pelayanan Rumah Sakit adalah Pelayanan yang diberikan oleh RSUD Kota Sabang kepada masyarakat yang meliputi Pelayanan medik, Pelayanan penunjang medik, Pelayanan keperawatan, dan Pelayanan administrasi manajemen.
8. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis Pelayanan yang diberikan oleh RSUD Kota Sabang kepada masyarakat.
9. Pelayanan Gawat Darurat adalah Pelayanan yang dibutuhkan dalam waktu segera (*emergency*) untuk menyelamatkan kehidupannya (*live safing*).
10. Pelayanan Rawat Jalan adalah Pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan/atau Pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di Rawat Inap.
11. Pelayanan Rawat Inap adalah Pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan/atau Pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur di Rawat Inap.
12. Pelayanan Bedah Sentral adalah Pelayanan pembedahan (operasi) yang ditempatkan secara terpusat di Rumah Sakit, dengan memperhatikan prinsip kenyamanan, pencegahan infeksi dan kontaminasi serta adanya barier antara hal-hal yang bersifat bersih dengan yang kotor.

13. Pelayanan ...

13. Pelayanan Persalinan, Perinatologi dan Keluarga Berencana adalah Pelayanan yang diberikan kepada ibu dalam proses persalinan, Pelayanan bagi bayi serta Pelayanan kontrasepsi bagi Pasangan Usia Subur.
14. Pelayanan Intensif adalah Pelayanan yang dilakukan bagi pasien yang berpenyakit kritis di ruangan yang memiliki peralatan dan petugas khusus untuk melaksanakan observasi, perawatan, pengobatan dan penanganan lainnya secara intensif.
15. Pelayanan Radiologi adalah Pelayanan yang dilakukan untuk melihat bagian dalam tubuh manusia dengan menggunakan pancaran atau radiasi gelombang baik menggunakan gelombang elektromagnetik maupun gelombang mekanik.
16. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik adalah Pelayanan diagnostik klinis yang mengaplikasikan teknik pemerikasaan Laboratorium dengan melibatkan tenaga ahli patologi klinik untuk mendukung penegakan diagnosis penyakit dan manajemen pengobatan pasien.
17. Pelayanan Rehabilitasi Medik adalah Pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh keadaan/kondisi sakit, penyakit atau cedera melalui panduan intervensi medik, keterapian fisik dan/atau rehabilitatif untuk mencapai kemampuan fungsi yang optimal.
18. Pelayanan Farmasi adalah Pelayanan kefarmasian berupa penyediaan dan pengelolaan obat, bahan obat, alat kesehatan dan reagen yang dipimpin oleh seorang apoteker.
19. Pelayanan Gizi adalah Pelayanan asupan diet yang dilakukan secara berkesinambungan mulai dari perencanaan hingga evaluasi diet pasien.
20. Pelayanan Transfusi Darah adalah Pelayanan kesehatan yang meliputi perencanaan, pengerahan dan pelestarian pendonor darah, penyediaan darah, pendistribusian darah, dan tindakan medis pemberian darah kepada pasien untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.
21. Pelayanan Keluarga Miskin adalah Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien/keluarga yang sama sekali tidak mempunyai kemampuan untuk membayar biaya kesehatannya yang dibuktikan dengan surat keterangan resmi yang ditebitkan instansi yang berwenang.
22. Pelayanan Rekam Medik adalah Pelayanan berupa pemberian bukti tertulis sebagai aspek legal pertanggungjawaban tentang proses Pelayanan kesehatan pasien yang diberikan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lainnya.
23. Pelayanan Administrasi Manajemen adalah proses kegiatan yang dapat diprediksi yang diikuti dengan pengaturan sumber daya yang ada di Rumah Sakit guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan dan pembiayaan kesehatan secara efektif, efesien, dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.

24. Pelayanan ...

24. Pelayanan Ambulans adalah Pelayanan mobilisasi terhadap kegawatdaruratan termasuk evakuasi medis dan/atau Pelayanan rujukan pasien dari Rumah Sakit ke Rumah Sakit yang lebih mampu.
25. Pelayanan Pemulasaran Jenazah adalah Pelayanan yang meliputi perawatan jenazah, penyimpanan jenazah, konservasi jenazah, bedah jenazah dan Pelayanan lainnya terhadap jenazah.
26. Pelayanan *Laundry* adalah Pelayanan yang menyelenggarakan pengelolaan dan pengendalian pemakaian linen di Rumah Sakit.
27. Kinerja adalah suatu proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa Pelayanan atau barang kepada pelanggan.
28. Satuan Pemeriksa Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit Kinerja internal Rumah Sakit.
29. Batas Waktu Pencapaian adalah waktu yang ditetapkan oleh Wali Kota untuk mencapai Target SPM BLUD RSUD Kota Sabang.
30. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu Pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan Pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO (*World Health Organization*).
31. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
32. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari Sumber Data untuk tiap indikator.
33. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau Kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
34. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
35. Pengelolaan Limbah adalah bagian dari kegiatan penyehatan lingkungan di Rumah Sakit yang bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya pencemaran lingkungan yang bersumber dari limbah Rumah Sakit.
36. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah kegiatan yang dilakukan untuk meminimalkan resiko terjadinya infeksi di Rumah Sakit yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi.
37. Komite Medik adalah perangkat Rumah Sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di Rumah Sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemekiharaan etika dan disiplin profesi medis.
38. Instalasi adalah unit Pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan Pelayanan, pendidikan dan penelitian Rumah Sakit.

39. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjukan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk tetapi juga sesuai standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
40. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya di sebut Dewan Pengawas adalah unit nonstruktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitan yang melibatkan unsur masyarakat.

BAB II
MAKSUD, TUJUAN DAN FUNGSI

Pasal 2

(1) Peraturan Wali Kota ini dimaksudkan untuk memberikan panduan bagi BLUD RSUD Kota Sabang dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

(2) Peraturan Wali Kota ini bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu kualitas Pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

(3) Peraturan Wali Kota ini berfungsi untuk memfasilitasi RSUD Kota Sabang dan Pemerintah Kota dalam melakukan pelayanan publik yang cepat dan tepat bagi masyarakat dan sebagai instrument dalam melakukan kontrol terhadap kinerja dalam pelayanan publik bidang kesehatan.

BAB III
SISTEMATIKA DOKUMEN DAN JENIS PELAYANAN

Pasal 3

(1) SPM pada BLUD RSUD Kota Sabang disusun sebagai berikut:
   a. BAB I PENDAHULUAN
      1) Latar Belakang;
      2) Maksud dan Tujuan;
      3) Pengertian.
   b. BAB II SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
   c. BAB III STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
      1) Jenis-jenis Pelayanan Rumah Sakit;
      2) Standar Pelayanan Minimal Setiap Jenis Pelayanan, Indikator dan Standar;
      3) Uraian Standar Pelayanan Minimal.
   d. BAB IV PENUTUP

(2) SPM pada BLUD RSUD Kota Sabang sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

Pasal 4...

Pasal 4

(1) BLUD RSUD Kota Sabang mempunyai tugas pokok melaksanakan Pelayanan kesehatan secara berkelangsungan dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya pemulihan kesehatan dan pencegahan penyakit.

(2) Jenis-jenis Pelayanan pada BLUD RSUD Kota Sabang meliputi:
a. Pelayanan Gawat Darurat;
b. Pelayanan Rawat Jalan;
c. Pelayanan Rawat Inap;
d. Pelayanan Bedah Sentral;
e. Pelayanan Persalinan, Perinatologi dan Keluarga Berencana;
f. Pelayanan Intensif;
g. Pelayanan Radiologi;
h. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;
i. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
j. Pelayanan Farmasi;
k. Pelayanan Gizi;
l. Pelayanan Transfusi Darah;
m. Pelayanan Pasien Miskin;
n. Pelayanan Rekam Medik;
o. Pengelolaan Limbah;
p. Pelayanan Administrasi Manajemen;
q. Pelayanan Ambulans;
r. Pelayanan Pemulasaran Jenazah;
s. Pelayanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit;
t. Pelayanan *Laundry*; dan
u. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 5

(1) BLUD RSUD Kota Sabang wajib menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPKBLUD) berdasarkan SPM sesuai dengan Peraturan Wali Kota ini.

(2) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan Pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Wali Kota ini.

(3) Penyelenggaraan Pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB V...

BAB V
PENERAPAN

Pasal 6

(1) Direktur menyusun Target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu Pelayanan tahunan Rumah Sakit berdasarkan SPM.

(2) Setiap unit kerja Pelayanan dan administrasi manajemen BLUD RSUD Kota Sabang menyusun rencana kerja, Target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu Pelayanan tahunan Rumah Sakit berdasarkan SPM.

(3) Setiap pelaksanaan Pelayanan wajib menyelenggarakan Pelayanan sesuai dengan SPM.

BAB VI
PEMBINAAN, PENGAWASAN, MONITORING DAN EVALUASI

Bagian Kesatu
Pembinaan dan Pengawasan

Pasal 7

(1) Pembinaan dan Pengawasan BLUD RSUD Kota Sabang dilakukan oleh Wali Kota melalui Sekretaris Daerah selama belum ditunjuk Dewan Pengawas.

(2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa memfasilitasi penyelenggaraan Pelayanan kesehatan sesuai dengan SPM dalam bentuk pemberian petunjuk teknis, pedoman, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan, dan/atau bantuan teknis lainnya yang meliputi:
   a. penghitungan kebutuhan Pelayanan Rumah Sakit sesuai SPM;
   b. penyusunan rencana kerja dan standar Kinerja pencapaian Target SPM;
   c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
   d. penyusunan laporan Kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal.

(3) Pemerintah Kota dan Propinsi melaksanakan supervisi, monitoring dan evaluasi atas penerapan SPM di BLUD RSUD Kota Sabang dalam rangka menjamin akses dan mutu Pelayanan.

Pasal 8

(1) Pengawasan dalam penyelenggaraan Pelayanan dapat dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kota Sabang, Dewan Pengawas dan SPI.

(2) Dewan pengawas dibentuk oleh Wali Kota yang terdiri dari:
   a. ketua;
   b. sekretaris; dan
   c. anggota.

(3) SPI berkedudukan langsung di bawah Direktur.

(4) SPI ...

(4) SPI bersama-sama jajaran manajemen Rumah Sakit melakukan pengendalian internal dalam rangka tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

Bagian Kedua
Monitoring dan Evaluasi

Pasal 9

(1) Monitoring dan evaluasi kinerja dari aspek pelayanan minimal dilakukan satu kali dalam satu tahun oleh Wali Kota melalui Sekretaris Daerah selama belum ditunjuk Dewan Pengawas.

(2) Monitoring dan evaluasi kinerja dari aspek layanan dapat diukur dari perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran dan pertumbuhan.

BAB VII
PELAPORAN

Pasal 10

BLUD RSUD Kota Sabang berkewajiban menyusun dan menyampaikan laporan pencapaian Kinerja Pelayanan sesuai SPM yang telah ditetapkan kepada Wali Kota setiap 1 (satu) tahun sekali.

BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Sabang.

Ditetapkan di Sabang
pada tanggal 26 Februari 2024

Pj. WALI KOTA SABANG,

REZA FAHLEVI

Diundangkan di Sabang
pada tanggal 26 Februari 2024

SEKRETARIS DAERAH KOTA SABANG,

ANDRI NOURMAN

BERITA KOTA SABANG TAHUN 2024 NOMOR 8

LAMPIRAN
PERATURAN WALI KOTA SABANG
NOMOR 8 TAHUN 2024
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SABANG

BENTUK DAN ISI STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SABANG

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sesuai dengan amanat Pasal 28 H, ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh Pelayanan kesehatan, serta Pasal 34 ayat (3) yang menyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas Pelayanan kesehatan dan fasilitas Pelayanan umum lainnya. Pemberlakuan otonomi daerah, yang menekankan bahwa kesehatan merupakan salah satu bidang yang wajib dilaksanakan oleh daerah kabupaten/kota dimana pemerintah kabupaten/kota bertanggung jawab sepenuhnya terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya.

Sebagai salah satu unit Pelayanan kesehatan yang bersentuhan langsung dengan masyarakat, Rumah Sakit memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Salah satu upaya untuk meningkatkan mutu Pelayanan kesehatan kepada masyarakat maka dibutuhkan suatu standar atau pedoman yang harus diikuti oleh segenap pelaku usaha kesehatan khususnya bagi yang berkecimpung dalam Pelayanan Rumah Sakit.

Rumah Sakit Umum adalah Rumah Sakit yang memberikan Pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Sebagai Rumah Sakit Umum Daerah, diharapkan Rumah Sakit dapat meningkatkan mutu Pelayanan, meningkatkan efisiensi dan dapat memberikan aksesibilitas yang cukup baik kepada masyarakat. Pada akhirnya status Rumah Sakit yang akan menjadi Badan Layanan Umum (BLU), dapat dimanfaatkan oleh masyarakat dalam memperoleh jasa layanan kesehatan yang lebih terjangkau, lebih baik dan lebih meningkatkan kesejahteraan bagi provider internal karena fleksibilitas pengelolaan Rumah Sakit menggunakan kaidah-kaidah bisnis yang sehat.

Percepatan implementasi Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) bagi Rumah Sakit daerah saat ini sangat tergantung pada multi *stakeholder* Rumah Sakit itu sendiri. Lahirnya Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, telah cukup memberikan gambaran teknis pekerjaan yang perlu dilakukan dalam memenuhi kriteria yang dipersyaratkan dalam peraturan perundang-undangan tersebut untuk menjadi Badan Layanan Umum. Sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah disebutkan bahwa persyaratan administratif yang harus dipenuhi oleh Perangkat Daerah akan menerapkan BLUD adalah sebagai berikut:

1. Surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan Kinerja;
2. Pola tata kelola;
3. Rencana Strategis;
4. Standar Pelayanan Minimal;
5. Laporan keuangan atau prognosis/proyeksi keuangan; dan
6. Laporan audit terakhir atau pernyataan bersedia untuk diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah.

Usulan RSUD Kota Sabang menjadi BLUD merupakan upaya Pemerintah Kota untuk meningkatkan derajat Pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kota Sabang khususnya, dan Aceh umumnya. Penyelenggaraan Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks, dengan berbagai jenis tenaga kesehatan yang berinteraksi satu sama lain.

Berdasarkan ketentuan dalam Pasal 2 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, disebutkan bahwa SPM disusun dan diterapkan dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib Pemerintahan Daerah yang berkaitan dengan Pelayanan dasar. SPM yang telah disusun harus dapat diterapkan secara tepat karena akan berdampak terhadap penyelenggaraan Pemerintahan Daerah, baik dari segi perencanaan, pembiayaan dan pertanggungjawaban. Dengan demikian diperlukan suatu rumusan SPM pada RSUD Kota Sabang sebagai instansi Pelayanan publik yang menerapkan pola BLUD di bidang kesehatan, yang tidak lain merupakan parameter jenis-jenis layanan, indikator dan standar pencapaian Kinerja penyelenggaraan Pelayanan kesehatan oleh RSUD Kota Sabang.

1.2 Maksud dan Tujuan

1.2.1 Maksud ditetapkan SPM adalah untuk memberikan panduan bagi RSUD Kota Sabang dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

1.2.2 Tujuan ditetapkan SPM adalah untuk meningkatkan dan menjamin mutu kualitas Pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

1.3 Pengertian

1.3.1 Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan Pelayanan Rawat Inap, rawat jalan dan gawat darurat;

1.3.2 Pelayanan kesehatan paripurna adalah Pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;

1.3.3 Standar Pelayanan Minimal selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan jenis dan mutu Pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD Kota Sabang kepada masyarakat; dan

1.3.4 Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran Target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

BAB II
SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

Sistematika dokumen SPM disusun dalam bentuk:

BAB I Pendahuluan yang terdiri dari;
a. Latar Belakang
b. Maksud dan tujuan
c. Pengertian umum dan khusus
d. Landasan Hukum

BAB II Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

BAB III Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit terdiri dari:
a. Jenis Pelayanan
b. SPM setiap jenis pelayanan, lndikator dan Standar Penutup Lampiran

BAB III
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

SPM pada RSUD Kota Sabang meliputi uraian Standar Pelayanan Minimal (SPM), jenis-jenis Pelayanan, indikator dan Target pencapaian Kinerja penyelenggaraan Pelayanan kesehatan oleh RSUD Kota Sabang.

3.1 JENIS-JENIS PELAYANAN RUMAH SAKIT

Jenis-jenis Pelayanan yang minimal yang wajib disediakan oleh RSUD Kota Sabang, meliputi:

1. Pelayanan Gawat Darurat;
2. Pelayanan Rawat Jalan;
3. Pelayanan Rawat Inap;
4. Pelayanan Bedah Sentral;
5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
6. Pelayanan Intensif;
7. Pelayanan Radiologi;
8. Pelayanan Laboratorium;
9. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
10. Pelayanan Farmasi;
11. Pelayanan Gizi;
12. Pelayanan Transfusi Darah;
13. Pelayanan Keluarga Miskin;
14. Pelayanan Rekam Medis;
15. Pengelolaan Limbah;
16. Pelayanan Administrasi Manajemen;
17. Pelayanan Ambulans;
18. Pelayanan Pemulasaran Jenazah;
19. Pelayanan *Laundry;*
20. Pelayanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit; dan
21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

3.2 STANDAR ...

3.2 STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN BATAS WAKTU PENCAPAIAN

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
1	2	3	4	5
1.	Gawat Darurat	1. kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa	1. 100%	<1 tahun
		2. jam buka Pelayanan Gawat Darurat	2. 24 jam	<1 tahun
		3. pemberi Pelayanan Gawat Darurat yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	3. 100%	2 tahun
		4. ketersediaan tim penanggulangan bencana	4. 1 tim	<1 tahun
		5. waktu tanggap Pelayanan dokter di gawat darurat	5. ≤5 (lima) menit terlayani setelah pasien datang	<1 tahun
		6. kepuasan pelanggan	6. ≥70%	2 tahun
		7. kematian pasien <24 jam	7. ≤dua perseribu (pindah ke Pelayanan Rawat Inap setelah 8 jam)	<1 tahun
		8. tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	8. 100%	<1 tahun
2	Rawat Jalan	1. dokter pemberi Pelayanan di poliklinik spesialis	1. 100% dokter spesialis	<1 tahun
		2. ketersediaan Pelayanan	2. a. klinik anak	<1 tahun
			b. klinik penyakit dalam	
			c. klinik kebidanan	
			d. klinik bedah	
			e. klinik gigi	
		3. jam buka Pelayanan	3. a. pagi pukul 08.00 s/d 12.30 setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 s/d 12.00	<1 tahun
			b. siang pukul 14.00 s/d 16.00 wib	
		4. waktu tunggu rawat jalan	4. ≤60 menit	2 tahun
		5. kepuasan pelanggan	5. ≥90%	2 tahun
		6. a. penegakan diagnosis TB melalui mikroskop TB	6. a. ≥90%	2 tahun
		b. terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. ≥90%	2 tahun

3 Rawat Inap ...

1	2	3	4	5
3	Rawat Inap	1. pemberi Pelayanan di rawat Inap	1. a. dokter spesialis b. perawat minimal D-3	1 tahun
		2. dokter penanggung jawab pasien rawat inap	2. 100%	<1 tahun
		3. ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	3. a. ruang *zaal* anak b. ruang *zaal* pria c. ruang *zaal* wanita d. ruang kelas 2 e. ruang kelas 1 f. ruang isolasi g. ruang bersalin h. ruang bayi	<1 tahun
		4. jam *visite* dokter spesialis	4. 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	<1 tahun
		5. kejadian infeksi pasca operasi	5. ≤1,5%	2 tahun
		6. kejadian infeksi nosokomial	6. ≤1,5%	3 tahun
		7. tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	7. 100%	<1 tahun <1 tahun
		8. kematian pasien >48 jam	8. ≤0,24%	<1 tahun
		9. kejadian pulang paksa	9. ≤5%	2 tahun
		10. kepuasan pelanggan	10. ≥90%	1 tahun
		11. rawat inap TB: a. penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	11. a. ≥90% b. ≥90%	1 tahun
4	Bedah Sentral	1. waktu tunggu operasi elektif	1. ≤2 hari	2 tahun
		2. kejadian kematian di meja operasi	2. ≤1%	1 tahun
		3. tidak adanya kejadian operasi salah sisi	3. 100%	<1 tahun
		4. tidak adanya kejadian operasi salah orang	4. 100%	<1 tahun
		5. tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	5. 100%	<1 tahun
		6. tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	6. 100%	<1 tahun
		7. komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan *endotracheal tube*	7. ≤6%	<1 tahun
5	Persalinan, Perinatologi	1. kejadian kematian ibu karena persalinan	1. a. pendarahan ≤1% b. pre-eklamsia ≤30% c. sepsis ≤0,2%	2 tahun

2. pemberi ...

1	2	3	4	5
		2. pemberi Pelayanan Persalinan normal	2. a. dokter Sp. OG b. bidan	3 tahun
		3. pemberi Pelayanan Persalinan dengan penyulit 4. pemberi Pelayanan Persalinan dengan tindakan operasi 5. kemampuan menangani BBLR 1.500gr – 2.500gr 6. pertolongan persalinan melalui seksio caesaria 7. Keluarga Berencana: a. presentase KB (vasektomi dan tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dokter Sp.OG, dokter Sp.B. b. presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih 8. kepuasan pelanggan.	3. tim PONEK yang terlatih 4. a. dokter Sp. OG b. dokter Sp. A c. dokter Sp. An 5. 100% 6. ≤20% 7. a. 100% b. 100% ≥80%	1 tahun 1 tahun 2 tahun 1 tahun 1 tahun 1 tahun 2 tahun
6	Intensif	1. rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam 2. pemberi Pelayanan unit intensif	1. ≤3% 2. a. dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% perawat minimal D-3 dengan atau tanpa sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4)	1 tahun 1 tahun 3 tahun
7	Radiologi	1. waktu tunggu hasil Pelayanan *thorax* foto 2. pelaksana ekspertisi 3. kejadian kegagalan Pelayanan r*ontgen* 4. kepuasan pelanggan	1. ≤3 jam 2. dokter Sp. Rad 3. kerusakan foto ≤2% 4. ≥80%	1 tahun 4 tahun 1 tahun 2 tahun
8	Lab. Patologi Klinik	1. waktu tunggu hasil Pelayanan laboratorium 2. pelaksana ekspertisi 3. tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium 4. kepuasan pelanggan	1. ≤140 menit Kimia darah dan darah rutin 2. dokter Sp.PK 3. 100% 4. ≥80%	1 tahun sudah sesuai <1 tahun 2 tahun
9	Rehabilitasi Medik	1. kejadian *drop out* pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	1. ≤50%	1 tahun

2. tidak ...

1	2	3	4	5
		2. tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	2. 100%	1 tahun
		3. kepuasan Pelanggan	3. ≥80%	2 tahun
10	Farmasi	1. waktu tunggu Pelayanan: a. obat jadi b. racikan	1. a. ≤30 menit b. ≤60 menit	< 1 tahun
		2. tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	2. 100%	< 1 tahun
		3. kepuasaan pelanggan	3. ≥80%	2 tahun
		4. penulisan resep sesuai formularium	4. 100%	1 tahun
11	Gizi	1. ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1. ≥90%	1 tahun
		2. sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	2. ≤20%	1 tahun
		3. tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	3. 100%	<1 tahun
12	Transfusi Darah	1. kebutuhan darah bagi setiap Pelayanan transfusi	1. 100% terpenuhi	2 tahun
		2. kejadian reaksi transfusi	2. ≤0,01%	<1 tahun
13	Pelayanan Gakin	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit Pelayanan	100% terlayani	<1 tahun
14	Rekam Medik	1. kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai Pelayanan	1. 100 %	2 tahun
		2. kelengkapan *informed consent* setelah mendapatkan informai yang jelas	2. 100 %	<1 tahun
		3. waktu penyediaan dokumen rekam medik Pelayanan Rawat Jalan	3. ≤10 menit	1 tahun
		4. waktu penyediaan dokumen Pelayanan Rawat Inap	4. ≤15 menit	1 tahun
15	Pengelolaan Limbah	1. baku mutu limbah cair	1. a. BOD <30mg/I b. COD <80mg/I c. TSS <30mg/I d. PH 6-9	1 tahun
		2. Pengelolaan Limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	2. 100%	2 tahun

16. Administrasi ...

1	2	3	4	5
16	Administrasi dan Manajemen	1. tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan pimpinan 2. kelengkapan laporan akuntabilitas kerja 3. ketepatan waktu pengusulan naik pangkat 4. ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 5. karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6. *cost recovery* 7. ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8. kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap 9. ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	1. 100% 2. 100% 3. 100% 4. 100% 5. ≥60% 6. ≥40% 7. 100% 8. ≤2 jam 9. 100 %	<1 tahun <1 tahun <1 tahun <1 tahun 3 tahun 3 tahun 1 tahun 1 tahun 2 tahun
17	Ambulans/Mobil Jenazah	1. Pelayanan waktu Ambulans/Mobil Jenazah 2. kecepatan memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah di Rumah Sakit 3. *response time* Pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	1. 24 Jam 2. ≤30 menit 3. ≤45 menit	2 tahun 1 tahun 2 tahun
18	Pemulasaran Jenazah	waktu tanggap (*response time*) Pelayanan Pemulasaran Jenazah	≤ 2 Jam	< 1 tahun
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam Pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	1. ≤80% 2. 100% 3. 100%	1 tahun 1 tahun 2 tahun
20	Pelayanan *Laundry*	1. tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	1. 100% 2. 100%	<1 tahun 1 tahun
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1. ada anggota Tim PPI yang terlatih 2. tersedia APD disetiap Instalasi/departemen 3. kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (*Health Care Associated Infection*) di RS (min 1 parameter)	1. ≥75% 2. ≥60% 3. ≥75%	2 tahun 2 tahun 1 tahun

3.3 URAIAN ...

3.3 URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA SABANG

I. GAWAT DARURAT

1. Kemampuan Menangani *Life Saving* Anak dan Dewasa

Judul	:	Kemampuan Menangani *Life Saving* di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	keselamatan
Tujuan	:	tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	:	*Life saving* adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan *airway, breath, circulation*
Frekuensi Pengumpulan Data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan *life saving* di Gawat Darurat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan *life saving* di Instalasi Gawat Darurat
Sumber Data	:	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	:	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	keterjangkauan
Tujuan	:	tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 jam di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan Pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	:	jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	:	laporan bulanan
Standar	:	24 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang Bersertifikat BLS/PPGD/ GELS/ALS

Judul	:	Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang bersertifikat BLS/ PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	:	kompetensi teknis
Tujuan	:	tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan

Definisi ...

Definisi Operasional	:	tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	jumah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/ GELS/ALS
Denominator	:	jumlah tenaga yang memberikan Pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	:	kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	:	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana
Dimensi Mutu	:	keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	kesiagaan Rumah Sakit untuk memberikan Pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	:	tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di Rumah Sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di Rumah Sakit
Denominator	:	tidak ada
Sumber Data	:	Instalasi Gawat Darurat
Standar	:	satu tim
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Komite Mutu

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	:	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	keselamatan dan evektivitas
Tujuan	:	terselenggaranya Pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	kecepatan Pelayanan dokter di gawat darurat adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat Pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter

Denominator ...

Denominator	:	jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n =50)
Sumber Data	:	sampel
Standar	:	≤5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Komite Mutu

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	:	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	kenyamanan
Tujuan	:	terselenggaranya Pelayanan Gawat Darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	:	kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap Pelayanan yang 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 (minimal n=50)
Sumber Data	:	survei
Standar	:	≥70%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Komite Mutu

7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	:	Kematian Pasien ≤24 Jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	:	evektivitas dan keselamatan
Tujuan	:	terselenggaranya Pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	kematian ≤24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien dating
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤24 jam sejak pasien datang
Denominator	:	jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	:	rekam medik
Standar	:	≤2 perseribu
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	:	Tidak Adanya Keharusan untuk Membayar Uang Muka
Dimensi Mutu	:	akses dan keselamatan

Tujuan ...

Tujuan	:	terselenggaranya Pelayanan yang mudah di akses 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
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi Pelayanan di kinik spesialis

Judul	:	Pemberi Pelayanan di Kinik Spesialis
Dimensi Mutu	:	kompetensi teknis
Tujuan	:	tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	:	klinik spesialis adalah klinik Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	:	jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	:	register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	:	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	:	akses
Tujuan	:	tersedianya jenis Pelayanan Rawat Jalan spesialistik yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Pelayanan Rawat Jalan adalah Pelayanan Rawat Jalan spesialistik yang dilaksanakan di Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan

Numerator ...

Numerator	:	jenis-jenis Pelayanan Rawat Jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	:	tidak ada
Sumber Data	:	register rawat jalan
Standar	:	minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Buka Pelayanan sesuai ketentuan

Judul	:	Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan
Dimensi Mutu	:	akses
Tujuan	:	tersedianya jenis Pelayanan Rawat Jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	jam buka Pelayanan adalah jam dimulainya Pelayanan Rawat Jalan oleh tenaga spesialis jam buka pagi 08.00 s/d 12.30 wib setiap hari kerja kecuali jumat 08.00 s/d 12.00 wib dan siang 14.00 s/d 16.00 wib
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah Pelayanan Rawat Jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	:	jumlah seluruh hari Pelayanan Rawat Jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	:	register Rawat Jalan
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

4. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	:	Waktu Tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	:	akses
Tujuan	:	tersedianya Pelayanan Rawat Jalan spesialistik pada hari kerja 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 pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu

5. Kepuasan ...

5. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan

Judul	:	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	:	kenyamanan
Tujuan	:	terselenggaranya Pelayanan Rawat Jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	:	kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap Pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	jumlah kumulatif penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survei
Denominator	:	jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	:	survei
Standar	:	≥90%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu

6. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	:	Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis yang Ditangani dengan Strategi DOTS
Dimensi Mutu	:	akses, efisiensi
Tujuan	:	terselenggaranya Pelayanan Rawat Jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	:	pelayanan Rawat Jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah Pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan *follow up* pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	:	tiap tiga bulan
Periode analisa	:	tiap tiga bulan
Numerator	:	jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di Rumah Sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	:	register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	:	100%

Penanggung jawab ...

Penanggung jawab pengumpulan data : Kepala Instalasi Rawat Jalan

a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	:	Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB
Dimensi Mutu	:	evektivitas dan keselamatan
Tujuan	:	terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	:	penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di Rumah Sakit dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di Rumah Sakit dalam 3 (tiga) bulan
Sumber Data	:	Rekam Medik
Standar	:	90%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

b. Kegiatan pencatatan dan pelaporan TB

Judul	:	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	:	evektivitas
Tujuan	:	tersedianya data pencatatan dan pelaporan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	seluruh kasus TB rawat jalan di Rumah Sakit
Sumber Data	:	Rekam Medik
Standar	:	90%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

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 D-3)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	6 (enam) bulan
Periode analisa	:	6 (enam) bulan
Numerator	:	jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi Pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	:	jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	:	kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	:	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	:	kompetensi teknis, kesinambungan Pelayanan
Tujuan	:	tersedianya Pelayanan Rawat Inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan Pelayanan
Definisi Operasional	:	penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan Pelayanan Rawat Inap sesuai kebutuhan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggungjawab
Denominator	:	jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	:	rekam medik
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	:	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya Jenis Pelayanan Rawat Inap yang minimal harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	Pelayanan Rawat Inap adalah Pelayanan yang diberikan tirah baring di Rumah Sakit
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 ...

Standar : minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah

Penanggung jawab pengumpulan data : Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Jam *Visite* Dokter Spesialis

Judul : Jam *Visite* Dokter Spesialis
Dimensi Mutu : akses, kesinambungan Pelayanan
Tujuan : tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian Pelayanan
Definisi Operasional : *Visite* dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara pukul 08.00 wib sampai dengan jam 14.00 wib
Frekuensi Pengumpulan Data : tiap bulan
Periode analisa : 3 (tiga) bulan sekali
Numerator : jumlah *visite* dokter spesialis antara pukul 08.00 WIB sampai dengan pukul 14.00 WIB yang di survei
Denominator : jumlah pelaksanaan *visite* dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data : survei
Standar : 100%
Penanggung jawab pengumpulan data : Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Mutu

5. *Kejadian* Infeksi Pasca Operasi

Judul : Kejadian Infeksi Pasca Operasi
Dimensi Mutu : keselamatan, kenyamanan
Tujuan : tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional : infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor) kemerahan (*color*), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (*pus*) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data : tiap bulan
Periode analisa : tiap bulan
Numerator : jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator : jumlah seluruh pasien dalam satu bulan
Sumber Data : rekam medik
Standar : ≤1,5%
Penanggung jawab pengumpulan data : Ketua Komite Medik/Komite Mutu

6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul : Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Dimensi Mutu	:	keselamatan pasien
Tujuan	:	mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di Rumah Sakit yang meliputi *dekubitus*, *phlebitis*, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	tiap bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	:	jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	:	survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	:	≥1,5%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Mutu

7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Judul	:	Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/Kematian
Dimensi Mutu	:	keselamatan pasien
Tujuan	:	tergambarnya Pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	:	kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dan sebagainya, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	:	tiap bulan
Periode analisa	:	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 medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

8. Kematian pasien > 48 jam

Judul	:	Kematian Pasien >48 jam
Dimensi Mutu	:	keselamatan dan 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 analisa	:	1 (satu) bulan

Numerator ...

Numerator	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam Medis
Standar	:	≤0,24% ≤2,4/1000 (Internasional) (NDR ≤25/1000, Indonesia)
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Ketua Komite Mutu

9. Kejadian pulang paksa

Judul	:	Kejadian Pulang Paksa
Dimensi Mutu	:	efektivitas, kesinambungan Pelayanan
Tujuan	:	tergambarnya penilaian pasien terhadap evektivitas 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 analisa	:	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%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Ketua Komite Mutu

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	:	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	:	kenyamanan
Tujuan	:	tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu Pelayanan Rawat Inap
Definisi Operasional	:	kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap Pelayanan Rawat Inap
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang di survei (dalam proses)
Denominator	:	jumlah total pasien yang di survei (n= minimal 50)
Sumber Data	:	survei
Standar	:	≥90%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

11. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang ditangani dengan Strategi DOTS

Judul	:	Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang ditangani dengan Strategi DOTS
Dimensi Mutu	:	akses, efisiensi

Tujuan	:	terselenggaranya Pelayanan Rawat Inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	:	Pelayanan Rawat Inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah Pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	:	tiap tiga bulan
Periode analisa	:	tiap tiga bulan
Numerator	:	jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di Rumah Sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	:	register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	:	Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB
Dimensi Mutu	:	evektivitas dan keselamatan
Tujuan	:	terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	:	penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di Rumah Sakit dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	:	jumlah penegakan diagnosis TB di Rumah Sakit dalam 3 (tiga) bulan
Sumber Data	:	rekam medis
Standar	:	90%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

b. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB

Judul	:	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit

Dimensi ...

Dimensi Mutu	:	efektivitas
Tujuan	:	tersedianya data pencatatan dan pelaporan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	:	jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	seluruh kasus TB rawat inap di Rumah Sakit
Sumber Data	:	rekam medis
Standar	:	90%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Inap

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	:	Waktu Tunggu Operasi Elektif
Dimensi Mutu	:	evektivitas, kesinambungan Pelayanan, efesiensi
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 analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	rekam medis
Standar	:	≤2 hari
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral

2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	:	Kejadian Kematian di Meja Operasi
Dimensi Mutu	:	keselamatan, evektivitas
Tujuan	:	tergambarnya evektivitas Pelayanan Bedah Sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	kematian dimeja 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 *sentinel event*

Periode analisa	:	tiap bulan dan *sentinel event*
Numerator	:	jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	:	jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	:	rekam medis
Standar	:	≤1%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	:	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi
Dimensi Mutu	:	keselamatan pasien
Tujuan	:	tergambarnya kepedulian dan ketelitian Instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
Periode analisa	:	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	≤100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	:	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang
Dimensi Mutu	:	keselamatan pasien
Tujuan	:	tergambarnya kepedulian dan ketelitian Instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	:	kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
Periode analisa	:	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
Numerator	:	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan

Sumber ...

Sumber Data	:	rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	≤100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	:	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan pada Operasi
Dimensi Mutu	:	keselamatan pasien
Tujuan	:	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan rencana tindakan operasi yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	:	kejadian salah tindakan operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
Periode analisa	:	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
Numerator	:	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	≤100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

6. Tidak adanya kejadian tertinggal benda asing pada pasien setelah operasi

Judul	:	Tidak Adanya Kejadian Tertinggal Benda Asing pada Pasien Setelah Operasi
Dimensi Mutu	:	keselamatan pasien
Tujuan	:	kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	:	kejadian salah satu tindakan pada operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
Periode analisa	:	1 (satu) bulan dan sentinel event
Numerator	:	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurang jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	:	≤100%

Penanggung ...

Penanggung jawab pengumpulan data : Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

7. Komplikasi anestasi karena over dosis dan salah penempatan *endotrachial tube*

Judul	:	Komplikasi Anestasi Karena Over Dosis dan Salah Penempatan *Endotrachial Tube*
Dimensi Mutu	:	keselamatan pasien
Tujuan	:	tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	:	komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan *endotracheal tube*
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) dan *sentinel event*
Periode analisa	:	1 (satu) dan *sentinel event*
Numerator	:	jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah pasien yang di operasi dalam waktu 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	rekam medis
Standar	:	≤6%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

V. BERSALIN DAN PERINATOLOGI

1. Kejadian kematian ibu karena bersalin

Judul	:	Kejadian Kematian Ibu Karena Bersalin
Dimensi Mutu	:	keselamatan
Tujuan	:	mengetahui mutu Pelayanan Rumah Sakit terhadap Pelayanan Persalinan
Definisi Operasional	:	kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dua dari tiga tanda, yaitu: – tekanan darah sistolik >160mmHg – protein *uria* >5 gr/24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif – *oedem* tungkai Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi,

persalinan ...

persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 18-24 jam sejak dimulai dari tanda-tanda persalinan.

Frekuensi Pengumpulan Data	:	tiap bulan
Periode analisa	:	tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	:	jumlah pasien–pasien persalinan karena perdarahan, pre eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber Data	:	rekam medis
Standar	:	pendarahan ≤1%, pre eklampsia ≤30%, sepsis ≤0,2%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Ruang Bersalin/Komite Medik

2. Pemberi Pelayanan Persalinan normal

Judul	:	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal
Dimensi Mutu	:	kompetensi teknis
Tujuan	:	tersedianya Pelayanan Persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	pemberi Pelayanan Persalinan normal adalah dokter spesialis *obstetri* dan *gynecology* dan Bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah tenaga dokter Spesialis *obstetri* dan *gynecology*, dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	:	jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber Data	:	kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Komite Mutu

3. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan penyulit

Judul	:	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit
Dimensi Mutu	:	kompetensi teknis
Tujuan	:	tersedianya Pelayanan Persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter spesialis *obstetri gynecology* dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih)

Frekuensi ...

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	tersedianya tim dokter spesialis *obstetri* dan *gynecology*, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	:	tidak ada
Sumber Data	:	kepegawaian dan rekam medis
Standar	:	tersedia
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Komite Mutu

4. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan tindakan operasi

Judul	:	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi
Dimensi Mutu	:	kompetensi teknis
Tujuan	:	tersedianya Pelayanan Persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	pemberi Pelayanan Persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter spesialis *obstetri* dan *gynecology*, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah tenaga dokter spesialis *obstetri* dan *gynecology*, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	:	jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	:	kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Komite Mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500gr–2500gr

Judul	:	Kemampuan Menangani BBLR 1500gr–2500gr
Dimensi Mutu	:	evektivitas dan keselamatan
Tujuan	:	tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	:	BBLR adalah bayi yang lahir dengan Berat Badan 1500gr–2500gr
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah BBLR 1500gr–2500gr yang berhasil ditangani
Denominator	:	jumlah seluruh BBLR 1500gr–2500gr yang ditangani
Sumber Data	:	rekam medis
Standar	:	100%

Penanggung jawab ...

Penanggung jawab pengumpulan data : Komite Medik/Komite Mutu

6. Pertolongan Persalinan melalui Seksio *Cesaria*

Judul	:	Pertolongan Persalinan melalui Seksio *Cesaria*
Dimensi Mutu	:	evektivitas, keselamatan dan efesiensi
Tujuan	:	tergambarnya pertolongan di Rumah Sakit yang sesuai dengan indikasi dan efesiensi
Definisi Operasional	:	seksio *cesaria* adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun *emergency*
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah persalinan dengan seksio *cesaria* dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah seluruh persalinan dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	Rekam Medis
Standar	:	≤100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Komite Mutu

a. Keluarga Berencana

Judul	:	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	:	Ketersediaan Pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	:	Mutu dan kesinambungan Pelayanan
Definisi Operasional	:	Keluarga Berencana (KB) 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 analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jenis Pelayanan KB mantap
Denominator	:	jumlah peserta KB
Sumber Data	:	rekam medis dan laporan KB Rumah Sakit
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Bidang Pelayanan Medis

b. Konseling KB Mantap

Judul	:	Konseling KB 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 ...

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	:	jumlah peserta Kb mantap
Sumber Data	:	laporan unit layanan KB
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Bidang Pelayanan Medis

7. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	:	kenyamanan
Tujuan	:	tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu Pelayanan Persalinan
Definisi Operasional	:	kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap Pelayanan Persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	survei
Standar	:	≥80%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

VI. PELAYANAN INTENSIF

1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama ≤ 72 jam

Judul	:	Rata-rata Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama ≤72 Jam
Dimensi Mutu	:	evektivitas
Tujuan	:	tergambarnya keberhasilan perawat intensif
Definisi Operasional	:	pasien kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama ≤72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama ≤72 jam dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	rekam medis
Standar	:	≤3%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Komite Medik/Komite Mutu

2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Judul	:	Pemberi Pelayanan Unit Intensif
Dimensi Mutu	:	kompetensi teknis
Tujuan	:	tersedianya Pelayanan Intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	:	pemberi Pelayanan Intensif adalah dokter spesialis anestesi, dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D-3 dengan atau tanpa sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah tenaga dokter spesialis anestesi dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D-3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani Pelayanan perawatan intensif
Denominator	:	jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber Data	:	kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Komite Medik/Komite Mutu

VII. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil Pelayanan foto toraks

Judul	:	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Toraks
Dimensi Mutu	:	evektivitas, kesinambungan Pelayanan, efesiensi
Tujuan	:	tergambarnya kecepatan Pelayanan Radiologi
Definisi Operasional	:	waktu tunggu hasil Pelayanan foto toraks adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil Pelayanan foto thoraks dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah pasien yang di foto toraks dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	rekam medis
Standar	:	≤3 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	:	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan
Dimensi Mutu	:	kompetensi teknis
Tujuan	:	pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan *rontgen* dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis

Definisi Operasional	:	pelaksana ekpertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	register di instalasi radiologi
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Radiologi

3. Kejadian kegagalan Pelayanan rontgen

Judul	:	Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen
Dimensi Mutu	:	evektivitas dan efesiensi
Tujuan	:	tergambarnya evektivitas dan efesiensi Pelayanan rontgen
Definisi Operasional	:	kegagalan Pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	register radiologi
Standar	:	≤2%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Radiologi

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	:	kenyamanan
Tujuan	:	tergambarnya persepsi pelanggan terhadap Pelayanan radiologi
Definisi Operasional	:	kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap Pelayanan radiologi

Frekuensi ...

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	:	jumlah total pasien yang di survei (n minimal 50)
Sumber Data	:	survei
Standar	:	≥80%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Ketua Komite Mutu/Komite Mutu

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil Pelayanan laboratorium

Judul	:	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium
Dimensi Mutu	:	evektivitas, kesinambungan Pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	tergambarnya kecepatan Pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah Pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil Pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah kumulatif 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 pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	:	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi Mutu	:	kompetensi teknis
Tujuan	:	pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	:	pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya

tandatangan ...

tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta

Frekuensi
Pengumpulan Data : 1 (satu) bulan
Periode analisa : 3 (tiga) bulan
Numerator : jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 (satu) bulan
Denominator : jumlah seluruh seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data : register di instalasi laboratorium
Standar : 100%
Penanggung jawab pengumpulan data : Kepala Instalasi Laboratorium

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul : Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi Mutu : keselamatan
Tujuan : tergambarnya ketelitian Pelayanan laboratorium
Definisi Operasional : kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang

Frekuensi
Pengumpulan Data : 1 (satu) bulan
Periode analisa : 3 (tiga) bulan
Numerator : jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratarium salah orang dalam 1 (satu) bulan
Denominator : jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data : rekam medis
Standar : 100%
Penanggung jawab pengumpulan data : Kepala Instalasi Laboratorium

4. Handuk leherKepuasan 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 analisa : 3 (tiga) bulan
Numerator : jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survei (dalam proses)
Denominator : jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data : rekam medis
Standar : 100%

Penanggung ...

Penanggung jawab pengumpulan data : Kepala Instalasi Laboratorium

IX. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian d*roup out* pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan

Judul	:	Kejadian *Droup Out* Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan
Dimensi Mutu	:	kesinambungan Pelayanan dan evektivitas
Tujuan	:	tergambarnya kesinambungan Pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	:	*drop out* pasien terhadap Pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode analisa	:	6 (enam) bulan
Numerator	:	jumlah seluruh pasien yang *drop out* dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	:	jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 (tiga) bulan
Sumber Data	:	rekam medis
Standar	:	≤50%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	:	Tidak Adanya 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 analisa	:	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%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Kepuasan ...

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 analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	:	jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	survei
Standar	:	≥80%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

X. FARMASI

1. Waktu tunggu Pelayanan obat

a. Waktu tunggu Pelayanan obat jadi

Judul	:	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi
Dimensi Mutu	:	evektivitas, 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 analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah kumulatif waktu tunggu Pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah pasien yang disurvei
Sumber Data	:	survei
Standar	:	≤30 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Farmasi

b. Waktu tunggu Pelayanan obat racikan

Judul	:	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan
Dimensi Mutu	:	efektivitas, 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 ...

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah kumulatif waktu tunggu Pelayanan obat racikan yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	survei
Standar	:	≤60 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Farmasi

2. Tidak adanya kesalahan pemberian obat

Judul	:	Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Obat
Dimensi Mutu	:	keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	:	kesalahan pemberian obat meliputi: 1. salah dalam memberikan jenis obat 2. salah dalam memberikan dosis 3. salah orang salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah seluruh pasien Instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	:	jumlah seluruh pasien Instalasi farmasi yang disurvei
Sumber Data	:	survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Farmasi

3. Kepuasan pelanggan

Judul	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	:	kenyamanan
Tujuan	:	tergambarnya persepsi pelanggan terhadap Pelayanan Farmasi
Definisi Operasional	:	kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap Pelayanan Farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	:	jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≥80%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Farmasi

4. Penulisan ...

4. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	:	Penulisan Resep sesuai Formularium
Dimensi Mutu	:	efesiensi
Tujuan	:	tergambarnya efesiensi Pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	:	formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam 1 (satu) bulan (n minimal 50)
Sumber Data	:	survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Farmasi

XI. GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	:	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien
Dimensi Mutu	:	evektivitas, akses, kenyamanan
Tujuan	:	tergambarnya evektivitas 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 analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	:	survei
Standar	:	≥90%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	:	Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien
Dimensi Mutu	:	evektivitas dan efesiensi
Tujuan	:	tergambarnya aktifitas dan efisiensi Pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien

(sesuai ...

(sesuai dengan pedoman asuhan gizi Rumah Sakit)

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	:	jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	survei
Standar	:	≥20%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	:	Tidak Adanya Kesalahan dalam Pemberian Diet
Dimensi Mutu	:	keamanan, efesiensi
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 analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	:	jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap Pelayanan transfusi

Judul	:	Pemenuhan Kebutuhan Darah bagi Setiap Pelayanan Transfusi
Dimensi Mutu	:	keselamatan dan kesinambunagan Pelayanan.
Tujuan	:	tergambarnya kemampuan bank darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	:	cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	survei

Standar ...

Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	:	Kejadian Reaksi Transfusi
Dimensi Mutu	:	keselamatan
Tujuan	:	tergambarnya manajemen resiko pada BDRS
Definisi Operasional	:	reaksi tranfusi 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 analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	rekam medis
Standar	:	≤0,01%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

XIII. PELAYANAN KELUARGA MISKIN

1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit Pelayanan

Judul	:	Pelayanan terhadap Pasien GAKIN yang Datang ke Rumah Sakit pada Setiap Unit Pelayanan
Dimensi Mutu	:	akses
Tujuan	:	tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	:	pasien keluarga miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu Askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah pasien GAKIN yang dilayani di Rumah Sakit dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke Rumah Sakit dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	register pasien
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Direktur

XIV. REKAM ...

XIV. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian Rekam Medik 24 jam setelah selesai Pelayanan

Judul	:	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan
Dimensi Mutu	:	kesinambungan Pelayanan dan keselamatan
Tujuan	:	tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	:	rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤24 jam setelah selesai Pelayanan Rawat Jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan yang diisi lengkap
Denominator	:	jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	:	survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

2. Kelengkapan *informed consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	:	Kelengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas
Dimensi Mutu	:	keselamatan
Tujuan	:	tergambarnya tanggung jawab
Definisi Operasional	:	*informed consent* 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 analisa	:	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%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

3. Waktu ...

3. Waktu penyediaan dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	:	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	:	evektivitas, kenyamanan, efesiensi
Tujuan	:	tergambarnya kecepatan Pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	:	dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada Pelayanan Rawat Jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	:	tiap bulan
Periode analisa	:	tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	:	total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (n tidak kurang dari 100)
Sumber Data	:	hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medik untuk pasien lama.
Standar	:	rerata ≤10 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

4. Waktu penyediaan dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	:	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	:	evektivitas, kenyamanan, efesiensi
Tujuan	:	tergambarnya kecepatan Pelayanan Rekam Medik rawat inap
Definisi Operasional	:	dokumen rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada Pelayanan Rawat Inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik Pelayanan Rawat Inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	tiap bulan
Periode analisa	:	tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampai rawat inap yang diamati
Denominator	:	total sampel penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber Data	:	hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	:	rerata ≤15 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

XV. PENGOLAHAN ...

XV. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	:	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi Mutu	:	keselamatan
Tujuan	:	tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator: BOD *(Biological Oxygen Demand)* COD *(Chemical Suspended Solid)* TSS *(Total Suspended Solid)* 30 mg/liter PH: 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode analisa	:	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%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan, *Laundry* dan Pemulasaran Jenazah

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	:	Pengolahan Limbah Padat Berbahaya sesuai dengan Aturan
Dimensi Mutu	:	keselamatan
Tujuan	:	tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses Pelayanan yang mengandung bahan–bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain: 1. sisa jarum suntik 2. sisa ampul 3. kasa bekas 4. sisa jaringan pengolahan limbah padat berbahaya dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	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%

Penanggung ...

Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan, *Laundry* dan Pemulasaran Jenazah/Ketua K3 Rumah Sakit/Komite K3 Rumah Sakit

XVI. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak lanjut hasil pertemuan tingkat Pimpinan

Judul	:	Tindak Lanjut Hasil Pertemuan Tingkat Pimpinan
Dimensi Mutu	:	efektivitas
Tujuan	:	tergambarnya kepedulian pimpinan terhadap upaya perbaikan Pelayanan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat pimpinan 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 analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	hasil keputusan pertemuan pimpinan yang ditindaklanjuti dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	notulen rapat
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Direktur

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	:	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
Dimensi Mutu	:	efektivitas, efisiensi
Tujuan	:	tergambarnya kepedulian administrasi Rumah Sakit dalam menunjukkan akuntabilitas Kinerja Pelayanan
Definisi Operasional	:	akuntabilitas Kinerja adalah perwujudan kewajiban Rumah Sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas Kinerja yang lengkap adalah laporan Kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator–indikator Kinerja pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit dan indikator–indikator Kinerja lain yang dipersyaratkan oleh Pemerintah. Laporan akuntabilitas Kinerja minimal 3 (tiga) bulan sekali

Frekuensi ...

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) tahun
Periode analisa	:	3 (tiga) 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 administrasi umum dan kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Direktur

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	:	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
Dimensi Mutu	:	efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	:	tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan 2 (dua) periode dalam 1 (satu) tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) tahun
Periode analisa	:	1 (satu) tahun
Numerator	:	jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	:	jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	:	bagian kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Bagian Administrasi Umum dan Kepegawaian

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	:	Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala
Dimensi Mutu	:	efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	:	usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU Nomor 5 Tahun 2014/PP Nomor 15 Tahun 2019)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) Tahun
Periode analisa	:	1 (satu) Tahun
Numerator	:	jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun

Denominator ...

Denominator	:	jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun
Sumber Data	:	bagian kepegawaian
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	:	Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun
Dimensi Mutu	:	kompetensi teknis
Tujuan	:	tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi Operasional	:	pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di Rumah Sakit ataupun diluar Rumah Sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) tahun
Periode analisa	:	1 (satu) tahun
Numerator	:	jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	:	jumlah seluruh karyawan di Rumah Sakit
Sumber Data	:	bagian kepegawaian
Standar	:	≥60%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

6. *Cost Recovery*

Judul	:	*Cost Recovery*
Dimensi Mutu	:	efisiensi, efektivitas
Tujuan	:	tergambarnya tingkat stabilitas keuangan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	*cost recovery* adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah pendapatan fungsional dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah pembelanjaan operasional dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	bagian kepegawaian
Standar	:	≥40%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

7. Ketetapan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	:	Ketetapan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Dimensi ...

Dimensi Mutu	:	efektivitas
Tujuan	:	tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan alur kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	:	3 (tiga) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	:	jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 (tiga) bulan
Sumber Data	:	bagian keuangan
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Bagian Tata Usaha

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien Rawat Inap

Judul	:	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	:	efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	tergambarnya kecepatan Pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	:	informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan Pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter penanggung jawab Pelayanan sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	:	tiap bulan
Periode analisa	:	tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan
Denominator	:	jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	hasil pengamatan
Standar	:	≤2 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Sub Bagian Keuangan

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

Judul	:	Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) sesuai Kesepakatan Waktu
Dimensi Mutu	:	efektivitas
Tujuan	:	tergambarnya Kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan

Definisi ...

Definisi Operasional	:	insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan Kinerja yang dicapai dalam 1 (satu) bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	:	tiap 6 (enam) bulan
Periode analisa	:	tiap 6 (enam) bulan
Numerator	:	jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	:	6
Sumber Data	:	catatan di bagian keuangan
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Sub Bagian Keuangan

XVII. AMBULANS/MOBIL JENAZAH

1. Waktu Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah

Judul	:	Waktu Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah
Dimensi Mutu	:	akses
Tujuan	:	tersedianya Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah yang dapat di akses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	:	waktu Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan Ambulans/Mobil Jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	:	setiap bulan
Periode analisa	:	tiga bulan sekali
Numerator	:	total waktu buka (dalam jam) Pelayanan Ambulans dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	instalasi gawat darurat
Standar	:	24 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Penanggung Jawab Ambulans/Mobil Jenazah

2. Kecepatan memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah di Rumah Sakit

Judul	:	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	:	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	:	tergambarnya ketanggapan Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan Ambulans/Mobil Jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Definisi Operasional	:	kecepatan memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan Ambulans/Mobil Jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di Rumah Sakit sampai tersedianya Ambulans/Mobil Jenazah. maksimal 30 (tiga puluh) menit

Frekuensi ...

Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah penyediaan Ambulans/Mobil Jenazah yang tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah seluruh permintaan Ambulans/Mobil Jenazah dalam 1(satu) bulan
Sumber Data	:	catatan penggunaan Ambulans/Mobil Jenazah
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Penanggung Jawab Ambulans/Mobil Jenazah

3. *Response time* Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	:	*Response Time* Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah oleh Masyarakat yang Membutuhkan
Dimensi Mutu	:	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	:	tergambarnya ketanggapan Rumah Sakit dalam memberikan kebutuhan pasien akan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Definisi Operasional	:	interval waktu dari permintaan Ambulans/Mobil Jenazah ketempat tujuan Maksimal 45 (empat puluh lima) menit
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah penyediaan Ambulans/Mobil Jenazah yang tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah seluruh permintaan Ambulans/Mobil Jenazah dalam 1(satu) bulan
Sumber Data	:	Catatan penggunaan Ambulans/Mobil Jenazah
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Penanggung Jawab Ambulans/Mobil Jenazah

XVIII. PEMULASARAN JENAZAH

1. Waktu tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah

Judul	:	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah
Dimensi Mutu	:	kenyamanan
Tujuan	:	tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah

Definisi Operasional	:	waktu tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	total kumulatif waktu Pelayanan Pemulasaran Jenazah pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	total pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	hasil pengamatan
Standar	:	≤2 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Penanggung Jawab Kamar Jenazah

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	:	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat
Dimensi Mutu	:	efektiitas, efisiensi, kesinambungan Pelayanan
Tujuan	:	tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	:	kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	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%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala IPSRS

2. Kecepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	:	Kecepatan Waktu Pemeliharaan Alat
Dimensi Mutu	:	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	:	waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/*service* untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan

Periode analisa	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (*service*) tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	register pemeliharaan alat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala IPSRS

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

Judul	:	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur lain) yang Terkalibrasi Tepat Waktu sesuai dengan Ketentuan Kalibrasi
Dimensi Mutu	:	keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	tergambarnya akurasi Pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	:	kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) tahun
Periode analisa	:	3 (tiga) 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 register
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Kepala Instalasi Laboratorium

XX. PELAYANAN *LAUNDRY*

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	:	Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang
Dimensi Mutu	:	efisiensi dan efektivitas
Tujuan	:	tergambarnya pengendalian dan mutu Pelayanan *Laundry*
Definisi Operasional	:	tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisa	:	1 (satu) bulan
Numerator	:	jumlah linen yang dihitung dalam 4 (empat) hari sampling dalam satu bulan
Denominator	:	jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	:	survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Penanggung Jawab *Laundry*

2. Ketepatan ...

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	:	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap
Dimensi Mutu	:	efisiensi dan efektivitas
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 analisa	:	1 (satu) bulan
Numerator	:	jumlah hari dalam 1 (satu) bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	:	jumlah hari dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	:	survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Penanggung Jawab *Laundry*

XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tersedianya Tim PPI yang terlatih

Judul	:	Tersedianya Tim PPI yang Terlatih
Dimensi Mutu	:	kompetensi teknis
Tujuan	:	tersedianya anggota tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI
Definisi Operasional	:	tersedianya tim PPI yang terlatih adalah anggota tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	:	tiap 3 (tiga) bulan
Periode analisa	:	tiap 1 (satu) bulan
Numerator	:	jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	:	jumlah anggota tim PPI
Sumber Data	:	kepegawaian
Standar	:	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Ketua Tim PPI

2. Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)

Judul	:	Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	:	mutu Pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	tersedianya APD di setiap Instalasi Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di Rumah Sakit seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boot dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	:	setiap hari
Periode analisa	:	1 (satu) bulan

Numerator ...

Numerator	:	jumlah Instalasi yang menyediakan APD
Denominator	:	jumlah Instalasi di Rumah Sakit
Sumber Data	:	survei
Standar	:	60%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Tim PPI

3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	:	Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	:	keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	:	tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di Rumah Sakit
Definisi Operasional	:	kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (*ceklist*) pada Instalasi yang tersedia di Rumah Sakit, minimal 1 (satu) parameter (IDO, HAP, VAP, ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	:	setiap hari
Periode analisa	:	1 (satu) bulan
Numerator	:	jumlah Instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	:	jumlah Instalasi yang tersedia
Sumber Data	:	survei
Standar	:	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	:	Tim PPI

BAB III
PENUTUP

SPM RSUD Kota Sabang pada hakikatnya merupakan jenis-jenis Pelayanan Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dengan standar Kinerja yang ditetapkan. Namun, demikian mengingat kondisi sumber daya terutama sumber daya manusia masih kurang, maka diperlukan pentahapan dalam pelaksanaan SPM yang akhirnya menuju pada standar Pelayanan optimal di RSUD Kota Sabang.

Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah. Dengan disusunnya SPM RSUD Kota Sabang diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapannya agar hasil Pelayanan dapat diukur, dicapai, relevan, dan dapat diandalkan serta tepat waktu sehingga peningkatan derajat kesehatan masyarakat, peningkatan mutu berkelanjutan, Pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar dapat terlaksana.

Pj. WALI KOTA SABANG,

REZA FAHLEVI