



SALINAN

**BUPATI SRAGEN**  
**PROVINSI JAWA TENGAH**

PERATURAN BUPATI SRAGEN  
NOMOR 43 TAHUN 2022

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUKOWATI TANGEN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SRAGEN,

- Menimbang : a. bahwa rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan memiliki peran strategis dalam membantu percepatan derajat kesehatan, oleh karena itu rumah sakit berkewajiban untuk menyelenggarakan layanan kesehatan masyarakat sesuai standar layanan kesehatan;
- b. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 6 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal, Standar Pelayanan Minimal Kesehatan salah satunya adalah Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Kabupaten;
- c. bahwa berdasarkan ketentuan diktum KETIGA Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit sebagai pedoman penjamin penyelenggaraan pelayanan kesehatan;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Sukowati Tangen;
- Mengingat 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 42);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
8. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
9. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
10. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum 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 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5887);
  13. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
  14. 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);
  15. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
  16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Penyelenggaraan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1221);
  17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
  18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
  19. Peraturan Bupati Sragen Nomor 21 Tahun 2022 tentang Pembentukan Rumah Sakit Umum Daerah Sukowati Tangen Kelas D Kabupaten Sragen (Berita Daerah Kabupaten Sragen Tahun 2022 Nomor 21);

Memperhatikan : Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

## BAB I KETENTUAN UMUM, MAKSUD TUJUAN DAN RUANG LINGKUP

### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Sragen.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
3. Bupati adalah Bupati Sragen.
4. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Sragen.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Sukowati Tangen, yang selanjutnya disingkat RSUD Sukowati Tangen adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Sragen.
6. Direktur adalah Direktur RSUD Sukowati Tangen.
7. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD Sukowati Tangen kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan keperawatan, pelayanan rujukan dan pelayanan administrasi.
8. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Sukowati Tangen.
9. Jenis pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Sukowati Tangen kepada masyarakat.
10. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah Kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
11. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetisi teknis, dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
12. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
13. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
14. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
15. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.

16. Priode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
17. Pembilang adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
18. Penyebut adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kerja.
19. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan dapat tercapai.
20. Sumber data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
21. Satuan pengawas internal adalah perangkat RSUD yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Direktur RSUD untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh lingkungan sosial sekitarnya dalam, menyelenggarakan bisnis sehat.
22. Dewan Pengawas Rumah Sakit Unit Non Struktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakititan yang melibatkan unsur masyarakat.

#### Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal yang diatur dalam Peraturan Bupati ini dimaksudkan sebagai panduan bagi RSUD Sukowati Tangen dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Standar Pelayanan Minimal yang diatur dalam Peraturan Bupati ini bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

#### Pasal 3

Ruang lingkup Peraturan Bupati ini meliputi:

1. Jenis pelayanan, indikator, batas waktu pencapaian dan uraian Standar Pelayanan Minimal;
2. Pelaksanaan;
3. Penerapan;
4. Pembinaan dan pengawasan; dan
5. Monitoring dan evaluasi.

### BAB II

#### JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

##### Bagian Kesatu Jenis Pelayanan

#### Pasal 4

- (1) RSUD Sukowati Tangen mempunyai tugas dan fungsi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang

menyediakan pelayanan Rawat Inap, Rawat Jalan, dan Gawat Darurat, perumusan kebijakan teknis dibidang pelayanan kesehatan, pemberian dukungan atas penyelenggaraan Pemerintah Daerah dibidang Pelayanan Kesehatan serta pembinaan dan pelaksanaan tugas dibidang Pelayanan Kesehatan.

- (2) Jenis Pelayanan di RSUD Sukowati Tangen meliputi:
- a. pelayanan gawat darurat;
  - b. pelayanan rawat jalan;
  - c. pelayanan bedah;
  - d. pelayanan persalinan dan perinatologi;
  - e. pelayanan intensif;
  - f. pelayanan radiologi;
  - g. pelayanan farmasi;
  - h. pelayanan gizi;
  - i. pelayanan rekam medik;
  - j. pelayanan pengolahan limbah;
  - k. pelayanan ambulans/mobil jenazah;
  - l. pelayanan administrasi dan manajemen;
  - m. pelayanan rehabilitasi medik;
  - n. pencegahan pengendalian infeksi;
  - o. pelayanan rawat inap;
  - p. pelayanan laboratorium PK;
  - q. pelayanan keluarga miskin;
  - r. pelayanan transfusi darah;
  - s. pelayanan pemulasaraan jenazah;
  - t. pelayanan *laundry*; dan
  - u. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit.

#### Bagian Kedua

, Standar Nilai, Batas Waktu Pencapaian, Indikator dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

#### Pasal 5

- (1) Standar nilai yang digunakan sesuai standar nasional untuk pelayanan kesehatan di rumah sakit.
- (2) Batas waktu pencapaian Standar Pelayanan Minimal RSUD Sukowati Tangen ditetapkan sampai dengan Tahun 2027.
- (3) Indikator dan Uraian Standar Pelayanan Minimal sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

#### BAB III

#### PELAKSANAAN

#### Pasal 6

- (1) RSUD Sukowati Tangen wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dalam Peraturan Bupati ini.

- (2) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### BAB IV PENERAPAN

##### Pasal 7

- (1) Direktur menyusun target dan upaya pencapaian serta pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Setiap Unit Kerja Pelayanan dan Administrasi manajemen RSUD Sukowati Tangen menyusun rencana kegiatan anggaran, target, dan upaya yang dilakukan, serta pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan wajib menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

#### BAB V PEMBINAAN DAN PENGAWASAN Bagian Kesatu Pembinaan

##### Pasal 8

Pembinaan RSUD Sukowati Tangen dalam penerapan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.

##### Bagian Kedua Pengawasan

##### Pasal 9

- (1) Pengawasan Operasional dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal.
- (2) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah bersama-sama jajaran Manajemen RSUD Sukowati Tangen melakukan pengendalian internal dalam rangka untuk tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Fungsi Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah membantu Direktur dalam hal tercapainya prestasi kerja sesuai Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI  
MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 10

- (1) Monitoring dan evaluasi kinerja dari aspek pelayanan minimal dilakukan satu kali dalam satu tahun oleh Bupati melalui Dewan Pengawas RSUD Sukowati Tangen.
- (2) Monitoring dan evaluasi kinerja dari aspek layanan dapat diukur dari perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran dan pertumbuhan.

BAB VII  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 11

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Sragen  
pada tanggal 19 Mei 2022

BUPATI SRAGEN,

ttd

KUSDINAR UNTUNG YUNI SUKOWATI

Diundangkan di Sragen  
pada tanggal 19 Mei 2022

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SRAGEN,

ttd

TATAG PRABAWANTO B.

BERITA DAERAH KABUPATEN SRAGEN TAHUN 2022 NOMOR 43



LAMPIRAN  
PERATURAN BUPATI SRAGEN  
NOMOR : 43 TAHUN 2022  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
SUKOWATI TANGEN

INDIKATOR DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RSUD SUKOWATI TANGEN

BAB I  
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sebagai Badan Layanan Umum (BLU), diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan, meningkatkan efisiensi dan dapat memberikan aksesibilitas yang cukup baik kepada masyarakat. Pada akhirnya status rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum (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 multistakeholder rumah sakit itu sendiri. Lahirnya Permendagri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) telah cukup untuk memberikan gambaran teknis pekerjaan yang perlu dilakukan dalam memenuhi kriteria yang dipersyaratkan dalam peraturan perundang-undangan.

Sesuai dengan Permendagri Nomor 61 Tahun 2007, disebutkan bahwa persyaratan administratif yang harus dipenuhi apabila Organisasi Perangkat Daerah akan menerapkan PPK-BLUD adalah sebagai berikut:

- a. Surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan, dan manfaat bagi masyarakat;
- b. pola tata kelola;
- c. rencana strategis bisnis;
- d. standar pelayanan minimal;
- e. laporan keuangan pokok atau prognosa/proyeksi laporan keuangan; dan
- f. laporan audit terakhir atau pernyataan bersedia untuk diaudit secara independen.

Berdasarkan peraturan perundang-undangan tersebut diperlukan upaya pihak rumah sakit untuk memenuhi kelengkapan persyaratan administratif seperti yang dipersyaratkan di atas sebagai dasar penetapan rumah sakit tersebut layak, tidak layak, BLUD penuh atau BLUD bertahap.

Salah satu dokumen yang harus dipenuhi sebagai kelengkapan seperti tertuang di atas adalah dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM). Standard Pelayanan Minimal adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh BLUD kepada masyarakat (Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 tahun 2007, Ketentuan Umum). Sedangkan berdasarkan Pasal 15 dijelaskan sebagai berikut : “Standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud, memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh Organisasi Perangkat Daerah atau Unit Kerja.

**B. MAKSUD DAN TUJUAN**

(1.) Maksud:

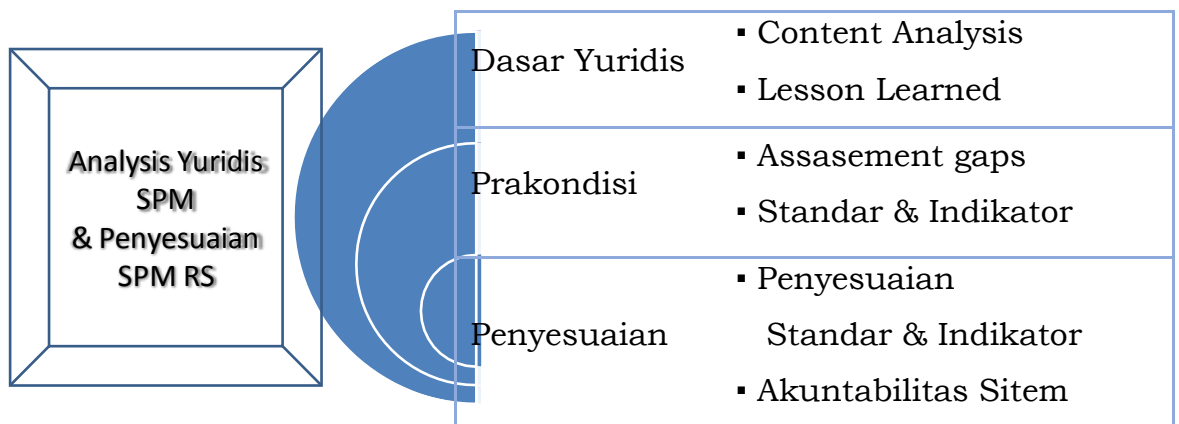
Standar Pelayanan Minimal ini dimaksudkan guna memberikan pelayanan atau kegiatan minimal yang harus dilakukan rumah sakit sebagai tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan kesehatan rujukan di RSUD Sukowati Tengen.

(2.) Tujuan:

- a. terlaksananya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan rumah sakit yang bermutu dan terjangkau;
- b. terlaksananya kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan yang sesuai standar berbasis profesionalisme dengan tetap mengedepankan masalah aksesibilitas masyarakat; dan
- c. terlaksananya pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar sesuai dengan tuntutan masyarakat di wilayah cakupannya.

**C. KERANGKA PIKIR**

Kerangka Penyusunan SPM



Berikut adalah gambaran kerangka pikir dalam penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Sukowati Tangen sebagai kerangka kerja operasional yang dipedomani dalam pemenuhan standar yang ditetapkan. Gambar di atas menunjukkan bagaimana perpaduan antara analisis dasar yuridis, analisis prakondisi dan penyesuaian dengan kemampuan RSUD Sukowati Tangen dalam rangka pemenuhan standar yang ditetapkan.

#### D. DEFINISI OPERASIONAL/PENGERTIAN-PENGERTIAN

##### (1.) Umum:

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

##### (2.) Khusus:

- a. Dimensi kinerja adalah dimensi-dimensi yang digunakan sebagai dasar penyusunan standar pelayanan minimal yang meliputi: akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan/keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia;
- b. Indikator adalah latar belakang/alasan mengapa suatu kinerja tersebut perlu diukur;
- c. Definisi operasional dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator;
- d. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator tersedia;
- e. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan;
- f. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja;
- g. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja;
- h. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan personal; dan
- i. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.

## BAB II SISTEMATIKA PENYUSUNAN

Sistematika dokumen Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sukowati Tangen disusun dalam bentuk sebagai berikut :

1. Bab I Pendahuluan yang terdiri atas:
  - a. Latar Belakang
  - b. Maksud dan tujuan
  - c. Kerangka Pikir
  - d. Definisi Operasional
  - e. Landasan Hukum
2. Bab II Sistematika Dokumen Standar Minimal Rumah Sakit
3. Bab III Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
  - a. Kebijakan
  - b. Jenis-Jenis Pelayanan Rumah sakit
  - c. SPM Jenis Pelayanan, Indikator, Standar
4. Bab IV Uraian Indikator dan Formula Pengukuran
5. Bab IV Penutup
6. Lampiran

BAB III  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RSUD SUKOWATI TANGEN

A. KEBIJAKAN

Kebijakan RSUD Sukowati Tangen dalam menyusun Standar Pelayanan Minimal adalah penetapan Standar Pelayanan Minimal Unit Kerja sebagai Sasaran Mutu Unit Kerja yang terdiri dari Paling sedikit 2 (dua) jenis standar yang merupakan core product dari unit kerja tersebut dan satu standar sebagai representatif dari perspektif kepuasan pelanggan.

Sasaran mutu unit kerja yang selanjutnya ditetapkan sebagai Standar Pelayanan Minimal merupakan sesuatu yang harus dicapai oleh unit kerja dan harus dijadikan dasar penetapan rencana manajemen mutu sebagai suatu parameter yang dilengkapi oleh dokumen mutu pendukung.

B. JENIS-JENIS PELAYANAN RUMAH SAKIT

Berdasarkan Peraturan Bupati Sragen Nomor 21 Tahun 2022 tentang Pembentukan Rumah Sakit Umum Daerah Sukowati Tangen Kelas D Kabupaten Sragen maka ditetapkan jenis-jenis pelayanan kesehatan yang dapat diberikan adalah:

1. Gawat Darurat
2. Rawat Jalan
3. Rawat Inap
4. Bedah Sentral
5. Persalinan, Perinatologi
6. Intensif
7. Radiologi
8. Laboratorium
9. Farmasi
10. Gizi
11. Tranfusi Darah
12. Pelayanan Gakin
13. Rekam Medik
14. Pengelolaan Limbah
15. Administrasi dan Manajemen
16. Ambulance / Kereta Jenazah
17. Pemulasaran Jenazah
18. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
19. Pelayanan Laundry
20. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

SPM Jenis Pelayanan, Indikator dan Standar

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1.	Gawat darurat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa</li> <li>2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat</li> <li>3. Pemberian Pelayanan Kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS</li> <li>4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana</li> <li>5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat</li> <li>6. Kepuasan Pelanggan</li> <li>7. Kematian pasien <math>\leq</math> 24 (Dua Puluh Empat) Jam</li> <li>8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100 % (Seratus Persen)</li> <li>2. 24 Jam (Dua Puluh Empat Jam)</li> <li>3. 100 % (Seratus Persen)</li> <li>4. 1 (Satu) Tim</li> <li>5. <math>\leq</math> 5 (Lima) Menit terlayani setelah pasien datang</li> <li>6. <math>\geq</math> 70 % (Tujuh Puluh Persen)</li> <li>7. <math>\leq</math> dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah Delapan jam)</li> <li>8. 100 % (Seratus Persen)</li> </ol>
2.	Rawat Jalan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis</li> <li>2. Ketersediaan Pelayanan</li> <li>3. Jam Buka Pelayanan</li> <li>4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan</li> <li>5. Kepuasan Pelanggan</li> <li>6. a. Penegakan diagnosis Tuberculosis (TB) melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100 % (Seratus Persen) Dokter Spesialis</li> <li>2. a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah</li> <li>3. 08.00 s/d 13.00 WIB Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 s/d 11.00 WIB</li> <li>4. <math>\leq</math> 60 (enam puluh) menit</li> <li>5. <math>\geq</math> 90 % (Sembilan Puluh Persen)</li> <li>6. a. <math>\geq</math> 60 % (Enam Puluh persen) b. <math>\geq</math> 60 % (Enam Puluh persen)</li> </ol>
3.	Rawat Inap	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap</li> <li>2. Dokter Penanggungjawab pasien rawat inap</li> <li>3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. a. Dokter. Spesialis b. Perawat Minimal Pendidikan DIII</li> <li>2. 100 % (Seratus Persen)</li> <li>3. a. Anak b. P. Dalam</li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Jam Visite dokter Spesialis</li> <li>5. Kejadian Infeksi pasca operasi</li> <li>6. Kejadian Infeksi Nosokomial</li> <li>7. Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian</li> <li>8. Kefmatian Pasien <math>\geq 48</math> (Empat Puluh Delapan) Jam</li> <li>9. Kejadian Pulang Paksa</li> <li>10. Kepuasan Pelanggan</li> <li>11. Rawat Inap Tubecolosis (TB): <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</li> <li>b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit</li> </ul> </li> <li>12. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa</li> <li>13. Tidak adanya kejadian kematian pasien, gangguan jiwa karena bunuh diri</li> <li>14. Kejadian re - admission pasien gangguan jiwa dalam waktu <math>\leq 1</math> bulan.</li> <li>15. Lama Hari Perawatan Pasien gangguan jiwa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Kebidanan</li> <li>d. Bedah</li> <li>e. 08.00 s/d 14.0 setiap hari kerja</li> <li>f. <math>\leq 1,5\%</math> (Satu Koma Lima persen)</li> <li>g. <math>\leq 1,5\%</math></li> <li>h. 100 %</li> <li>i. <math>\leq 0,24\%</math></li> <li>j. <math>\leq 5\%</math></li> <li>k. <math>\geq 90\%</math></li> <li>l. <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <math>\leq 60\%</math></li> <li>b. <math>\leq 60\%</math></li> </ul> </li> <li>m. Napsa, Gangguan Psikotik, Gangguan Nerotik dan Gangguan Mental Organik</li> <li>n. 100</li> <li>o. 100</li> <li>p. <math>\leq 6</math> (enam) minggu</li> </ul>
4.	Bedah Sentral	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu operasi efektif</li> <li>2. Kejadian kematian di meja operasi</li> <li>3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</li> <li>4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang</li> <li>5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</li> <li>6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing / lain pada tubuh pasien setelah operasi</li> <li>7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. <math>\leq 2</math> (dua) hari</li> <li>2. <math>\leq 1\%</math> (satu persen)</li> <li>3. 100 %</li> <li>4. 100 % (seratus persen)</li> <li>5. 100 % (seratus persen)</li> <li>6. 100 % (seratus persen)</li> <li>7. <math>\leq 6\%</math> (enam persen)</li> </ul>

5.	Persalinan, Perinatologi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kejadian kematian ibu karena persalinan</li> <li>2. Pemberi pelayanan persalinan normal</li> <li>3. Pemberian pelayanan persalinan dengan penyulit</li> <li>4. Pemberian pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</li> <li>5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr</li> <li>6. Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria</li> <li>7. Keluarga Berencana : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Presentase Keluarga Berencana (vasektomi &amp; tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten Dokter Spesialis Kandungan dan Kebidanan (dr.SpOG), Dokter Spesialis Bedah (dr.Sp.B),Dokter Spesilais Urologi (dr.Sp.U), dr.umum terlatih (dr.)</li> <li>b. Presentase Keluarga Berencana mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih</li> </ol> </li> <li>8. Kepuasan pelanggan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Perdarahan <math>\leq</math> 1 % (satu persen)</li> <li>b. Pre-eklampsia <math>\leq</math> 30 % (tiga puluh persen)</li> </ol> </li> <li>2. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dokter Spesialis kebidanan dan kandungan (Sp.OG)</li> <li>b. Dokter umum terlatih (APN)</li> <li>c. Bidan</li> </ol> </li> <li>3. Tim PONEK yang terlatih</li> <li>4. <ul style="list-style-type: none"> <li>•Dokter Kebidanan kandung (dr.SpOG)</li> <li>•Dokter Spesialis Anak (Sp.A)</li> <li>•Dokter Spesialis Anastesi (Sp. An)</li> </ul> </li> <li>5. 100% (seratus persen)</li> <li>6. <math>\leq</math> 20 % (dua puluh persen)</li> <li>7. 100 %</li> <li>8. <math>\geq</math> 80%</li> </ol>
6.	Perawatan Intensif	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama &lt; 72 (tujuh puluh dua) jam</li> <li>2. Pemberi pelayanan Unit Intensif</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. <math>\leq</math> 3 % (tiga persen)</li> <li>2. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter Spesialis Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang</li> </ul> </li> </ol>



			<p>ditangani</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 % (seratus persen) Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/setara (D4)</li> </ul>
7	Radiologi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorak foto</li> <li>2. Pelaksanaan ekspertisi</li> <li>3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen</li> <li>4. Kepuasan Pelanggan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ≤ 3 (tiga) Jam</li> <li>2. Dokter Spesialis Radiologi (Sp.Rad)</li> <li>3. Kerusakan foto ≤ 2 %</li> <li>4. ≥ 80 % (delapan puluh persen)</li> </ol>
8	Laboratorium Biasa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium</li> <li>2. Pelaksanaan Ekspertisi</li> <li>3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium</li> <li>4. Kepuasan Pelanggan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ≤ 140 (seratus empat puluh) menit</li> <li>2. Petugas lab</li> <li>3. 100 % (seratus persen)</li> <li>4. ≥ 80 % (delapan puluh persen)</li> </ol>
9	Farmasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu tunggu pelayanan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Obat jadi</li> <li>b. racikan</li> </ol> </li> <li>2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberiaan obat</li> <li>3. Kepuasan pelanggan</li> <li>4. Penulisan resep sesuai Formularium</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. a. ≤30 menit b. ≤60 menit</li> <li>2. 100%</li> <li>3. ≤80%</li> <li>4. 100%</li> </ol>
10	Gizi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien</li> <li>2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien</li> <li>3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ≥ 90 % (sembilan puluh persen)</li> <li>2. ≤ 20 % (dua puluh persen)</li> <li>3. 100 % (seratus persen)</li> </ol>
11	Tranfusi Darah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi</li> <li>2. Kejadian Reaksi transfusi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100 % (seratus persen) terpenuhi</li> <li>2. ≤ 0,01 % (nol koma nol satu)</li> </ol>
12	Pelayanan Gakin	Pelayanan terhadap pasien Keluarga Miskin (GAKIN) yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan	100% terpenuhi
13.	Rekam Medik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan</li> <li>2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas</li> <li>3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100 % (seratus persen)</li> <li>2. 100 % (seratus persen)</li> <li>3. ≤ 10 (sepuluh) menit</li> </ol>

		<p>jalan</p> <p>4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat</p>	<p>4. ≤ 15 (lima belas) menit</p>
14.	Pengelolaan Limbah	<p>1. Baku mutu limbah Cair</p> <p>2. Pengelolaan Limbah padat</p>	<p>1. a. BOD &lt; 30 mg/dl b. COD &lt; 80mg/dl c. TSS &lt; 30 mg/dl d. PH 6-9</p> <p>2. 100%</p>
15	Administrasi dan Manajemen	<p>1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi</p> <p>2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja.</p> <p>3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat</p> <p>4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala</p> <p>5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 (dua puluh) jam setahun</p> <p>6. Cost recorvery</p> <p>7. Kecepatan waktu penyusunan</p> <p>8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap</p> <p>9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu</p>	<p>1. 100 % (seratus persen)</p> <p>2. 100 % (seratus persen)</p> <p>3. 100 % (seratus persen)</p> <p>4. 100 % (seratus persen)</p> <p>5. ≥ 60 % (enam puluh persen)</p> <p>6. ≥ 40 %</p> <p>7. 100 % (seratus persen)</p> <p>8. ≤ 2 (dua) jam</p> <p>9. 100 % (seratus persen)</p>
16.	Ambulance/ kereta Jenazah	<p>1. Waktu pelayanan ambulance/ Kereta Jenazah</p> <p>2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta Jenazah di Rumah Sakit</p> <p>3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan Waktu tanggap pemulasaraan jenazah</p>	<p>1. 24 (dua puluh empat) Jam</p> <p>2. ≤ 30 (tiga puluh menit) Menit</p> <p>3. Sesuai ketentuan daerah</p>
17.	Pemulasaran Jenazah	<p>1. Waktu tanggap (respon time) pelayanan pemulasaran jenazah</p>	<p>≤ 2 jam</p>
18.	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	<p>1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat</p> <p>2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat</p> <p>3. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi</p>	<p>1. ≤ 80 % (delapan puluh persen)</p> <p>2. 100 % (seratus persen)</p> <p>3. 100 % (seratus persen)</p>
19.	Pelayanan laundry	<p>1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang</p> <p>2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap</p>	<p>1. 100 % (seratus persen)</p> <p>2. 100 % (seratus persen)</p>

20.	Pencegahan & pengendalian Infeksi (PPI)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ada anggota tim Pencegah pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih</li> <li>2. Tersedia Alat Pelindung diri (APD) di setiap instalasi/department</li> <li>3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosikomial/HAI (health care associated infections) di rumah sakit (minimum satu parameter)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anggota Tim PPI yang terlatih 75%</li> <li>2. 60%</li> <li>3. 75%</li> </ol>
-----	---	---	--

BAB IV  
URAIAN INDIKATOR DAN FORMULA PENGUKURAN

A. Pelayanan Gawat Darurat

1. Kemampuan menangani *lifesaving* anak dan dewasa

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

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab 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 Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

#### 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

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

#### 5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

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

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu
-----------------------------------	--

#### 6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

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

#### 7. Kematian Pasien $\leq 24$ jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien $\leq 24$ jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian $\leq 24$ jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq 24$ jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq 2$ 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	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat

Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## B. Pelayanan Rawat Jalan

### 1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

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

### 2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

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

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialisik 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 spesialisik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialisik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialisik 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 spesialisik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survei Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu

### 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	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Rawat Jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Rawat Jalan yang disurvei ( <i>minimal n = 50</i> )
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Tim Mutu/Panitia 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 <i>follow up</i> pengobatan pasien Tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti Tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan Tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang Tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara <i>kohort</i> 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 Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

#### C. Pelayanan Rawat Inap

##### 1. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

Judul	Pemberi Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis

Tujuan	Tersedianya Pelayanan Rawat Inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan Rawat Inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di Ruang Rawat Inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di Rawat Inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

## 2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Rawat Inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab Rawat Inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan Pelayanan Rawat Inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien Rawat Inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

## 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis Pelayanan Rawat Inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis Pelayanan Rawat Inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada

Sumber Data	Register Rawat Inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

#### 4. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Jam visite Dokter Spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite Dokter Spesialis adalah kunjungan Dokter Spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 WIB sampai dengan 14.00 WIB
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite Dokter Spesialis antara jam 08.00 WIB sampai dengan 14.00 WIB yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite Dokter Spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

#### 5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi <i>nosokomial</i> 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 yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu

## 6. Angka Kejadian Infeksi *Nosokomial*

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

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

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode 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 medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

## 8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien Rawat Inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien Rawat Inap masuk rumah sakit

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien Rawat Inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien Rawat Inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 0,24 \%$ $\leq 2,4/1000$ (internasional) (NDR $\leq 25/1000$ , Indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

#### 9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

#### 10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan Rawat Inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Rawat Inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	$\geq 90 \%$
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 <i>follow up</i> pengobatan pasien Tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti Tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn Tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang Tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara <i>kohort</i> 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

12. Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan Rawat Inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan Rawat Inap rumah sakit jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register Rawat Inap
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

13. Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri

Judul	Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien Rawat Inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan Rawat Inap yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite Medik/Mutu

14. Kejadian (*re-admission*) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu  $\leq$  1 bulan

Judul	Kejadian ( <i>re-admission</i> ) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu $\leq$ 1 bulan
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien Rawat Inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali ke perawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu $\leq$ 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang gangguan jiwa yg dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite Medik/Mutu

15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa

Judul	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien Rawat Inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 6 minggu
Penanggung jawab	Komite Medik/Mutu

#### D. Bedah sentral

##### 1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Ketua Instalasi Bedah Sentral

##### 2. Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan Bedah Sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis



### 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian Instalasi Bedah Sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

### 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

### 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>

Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

7. Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan *endotracheal tube*

Judul	Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
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 <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

E. Persalinan, *perinatology*

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, <i>pre eklamsia</i>, <i>eklamsia</i>, <i>partus</i> lama dan <i>sepsis</i>.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skalapersalinan dan nifas.</p> <p><i>Pre-eklamsia</i> dan <i>eklamsia</i> mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, <i>pre-eklamsia</i> dan <i>eklamsia</i> merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolik &gt;110 mmHg</li> <li>- Protein uria &gt; 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati</li> <li>- Oedem tungkai</li> </ul> <p><i>Eklamsia</i> adalah tanda <i>pre eklamsia</i> yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p><i>Sepsis</i> adalah tanda-tanda <i>sepsis</i> yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p> <p><i>Partus</i> lama adalah persalinan yang ditandai tidak adanya pembukaan serviks dalam 2 jam dan tidak adanya penurunan janin dalam 1 jam.</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, <i>pre-eklamsia/ eklamsia</i> dan <i>sepsis</i>
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, <i>pre-eklamsia/ eklamsia</i> dan <i>sepsis</i> .
Sumber data	Rekam Medis rumah sakit
Standar	Pendarahan < 1% <i>pre-eklamsia</i> < 30%, <i>sepsis</i> < 0,2%
Penanggung jawab	Komite Medik

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

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

Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

### 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

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

### 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

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

### 5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr-2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr-2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/Komite mutu

#### 6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

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

#### 7.a Keluarga Berencana

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

#### 7.b Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap

Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

#### 8. Kepuasan Pelanggan

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

#### F. Intensif

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

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

##### 2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

## G. Radiologi

### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

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

### 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

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

### 3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

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

### 4. Kepuasan pelanggan

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

## H .Laboratorium

### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

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



## 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

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

## 3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

## 4. Kepuasan pelanggan

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

Sumber data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

## I. Farmasi

### 1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

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

### 1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	<60 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

### 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : Salah dalam memberikan jenis obat Salah dalam memberikan dosis Salah orang Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

### 3. Kepuasan Pelanggan

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

### 4. Penulisan resep sesuai formularium

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

## J. Gizi

### 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	>90%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

## 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

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

## 3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

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

## K. Tranfusi darah

### 1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan

Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

## 2. Kejadian reaksi transfusi

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

## L. Pelayanan Gakin

### 1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

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

## M. 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 $\leq 24$ jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

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

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

### 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi

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

#### 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

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

#### N. Pengelolaan Limbah

##### 1. Baku mutu limbah cair

Judul	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumahsakit

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 ( <i>Biological Oxygen Demand</i> ) : 30 mg/liter COD ( <i>Chemical Oxygen Demand</i> ) : 80 mg/liter TSS ( <i>Total Suspended Solid</i> ) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

## 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 : Sisa jarum suntik Sisa ampul Kasa bekas Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

## O. Administrasi dan Manajemen

### 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan



	tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur rumah sakit

## 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	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 dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun

Numerator	Jumlah pegawai yg diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dlm satu thn.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

#### 4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian 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 di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>60%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

#### 6. Cost Recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah

	pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>40%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

#### 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

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

#### 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

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

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektivitas,
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan.
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

P. Ambulance / Kereta Jenazah

1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

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

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

### 3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi mutu	
Tujuan	
Definisi operasional	
Frekuensi pengumpulan data	
Periode analisis	
Numerator	
Denominator	
Sumber data	
Standar	
Penanggung jawab	

### Q. Pemulasaran Jenazah

#### 1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

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

### R. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit

#### 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat

Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS

## 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

## 3. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yg lain) yg terkalibrasi tepat waktu sesuai dgn ketentuan kalibrasi.

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

Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

## S. Pelayanan laundry

### 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

### 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

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

## T. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

### 1. Tim PPI

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

Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

## 2. Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI

## 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

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

Keterangan :

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonie

ISK : Infeksi Saluran Kemih



## BAB IV PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan suatu bentuk kontrak kinerja (contractual performance agreement) yang dilakukan antara Direktur RSUD Sukowati Tangen dengan Kepala Daerah. Standar Pelayanan Minimal ini juga merupakan suatu bentuk kontrak kinerja antara Pimpinan RSUD Sukowati Tangen dengan setiap unit kerja. Dalam Sistem Manajemen Mutu Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini juga sebagai sasaran mutu unit kerja yang memerlukan pemantuan secara terstruktur dan sistematis.

Dalam siklus Total Quality Management (TQM) setiap parameter Standar Pelayanan Minimal perlu dipantau pencapaiannya yang akan dilakukan dalam kegiatan audit internal. Fungsi audit Internal merupakan pemetaan berkala dalam kegiatan rapat tinjauan manajemen sebagai media untuk melakukan review arah dan capaian serta evaluasi kegiatan rumah sakit.

BUPATI SRAGEN,

ttd

KUSDINAR UNTUNG YUNI SUKOWATI