



BUPATI SIDOARJO
PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI SIDOARJO
NOMOR 99 TAHUN 2022

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SIDOARJO BARAT
KABUPATEN SIDOARJO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SIDOARJO,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo Barat Kabupaten Sidoarjo.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pemerintahan Daerah Kabupaten di Djawa Timur (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 41), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat, dan Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);
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 Republik Indonesia Nomor 4431);

6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
8. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
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 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
11. 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);
12. 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);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
15. 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);

16. Peraturan Kementerian Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia tahun 2021 Nomor 1419);
17. Peraturan Bupati Sidoarjo Nomor 40 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Sidoarjo (Berita Daerah Kabupaten Sidoarjo Tahun 2022 Nomor 40).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SIDOARJO BARAT KABUPATEN SIDOARJO.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Sidoarjo.
2. Bupati adalah Bupati Sidoarjo.
3. Perangkat Daerah adalah Perangkat Daerah Kabupaten Sidoarjo yang menangani urusan kesehatan.
4. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disebut BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Daerah yang menerapkan Pola Keuangan Badan Layanan Umum Daerah dan memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
5. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan Rawat Inap, Rawat Jalan, dan Gawat Darurat yang memberikan pelayanan kesehatan jangka pendek dan jangka panjang, terdiri observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, cedera dan melahirkan.
6. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo Barat Kabupaten Sidoarjo.
7. Pelayanan Kesehatan adalah pelayanan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, pelayanan kesehatan lainnya.
8. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
9. Indikator SPM adalah tolak ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan/atau manfaat pelayanan.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan sebagai pedoman Rumah Sakit Umum Daerah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
- (2) SPM bertujuan untuk menjamin ketersediaan keterjangkauan, kualitas pelayanan, pemerataan dan kesetaraan pelayanan, serta kemudahan untuk mendapatkan pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah kepada masyarakat.

BAB III STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 3

- (1) RSUD Sidoarjo Barat merupakan pedoman standar penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
- (2) SPM RSUD Sidoarjo Barat sebagaimana dimaksud ayat (1) ditetapkan berdasarkan indikator kinerja dan target pelayanan kesehatan.
- (3) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tercantum dalam lampiran dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 4

- (1) SPM harus memenuhi persyaratan:
 - a. fokus pada jenis pelayanan;
 - b. terukur;
 - c. dapat dicapai;
 - d. relevan dan dapat diandalkan; dan
 - e. tepat waktu.
- (2) Fokus pada jenis pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, dengan mengutamakan kegiatan pelayanan yang menunjang terwujudnya tugas dan fungsi BLUD.
- (3) Terukur sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, merupakan kegiatan yang pencapaiannya dapat dinilai sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- (4) Dapat dicapai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, merupakan kegiatan nyata, dapat dihitung tingkat pencapaiannya, rasional, sesuai kemampuan dan tingkat pemanfaatannya.
- (5) Relevan dan dapat diandalkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, merupakan kegiatan yang sejalan, berkaitan dan dapat dipercaya untuk menunjang tugas dan fungsi BLUD.
- (6) Tepat waktu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, merupakan kesesuaian jadwal dan kegiatan pelayanan yang telah ditetapkan.

BAB IV JENIS DAN PROSEDUR PELAYANAN, INDIKATOR KINERJA SERTA TARGET

Pasal 5

- (1) RSUD Sidoarjo Barat sebagai Rumah Sakit kelas C non pendidikan, pusat rujukan, dan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, menyediakan fasilitas pelayanan medis, penunjang medis, dan penunjang non medis.

- (2) Jenis pelayanan kesehatan RSUD Sidoarjo Barat terdiri dari:
 - a. pelayanan medis;
 - b. pelayanan penunjang medis; dan
 - c. pelayanan penunjang non medis.
- (3) Jenis Pelayanan dan Indikator kinerja serta target pelayanan Kesehatan RSUD Sidoarjo Barat tercantum dalam lampiran dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (4) Prosedur Pelayanan RSUD Sidoarjo Barat diatur lebih lanjut oleh Keputusan Direktur.

BAB V PELAKSANAAN

Pasal 6

- (1) RSUD Sidoarjo Barat mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif), yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), penyuluhan (promotif), serta upaya rujukan.
- (2) RSUD Sidoarjo Barat wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan di RSUD Sidoarjo Barat sesuai SPM.
- (4) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM, dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- (5) Direktur RSUD Sidoarjo Barat menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan SPM.

BAB VI EVALUASI DAN PELAPORAN

Pasal 7

- (1) SPM RSUD Sidoarjo Barat dilakukan evaluasi internal paling lama setiap 3 (tiga) tahun sekali sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan pelayanan.
- (2) Direktur RSUD Sidoarjo Barat menyampaikan laporan pencapaian pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan SPM kepada Bupati.

BAB VII PEMBINAAN

Pasal 8

- (1) Pembinaan SPM dilaksanakan oleh Bupati melalui Dewan Pengawas.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi :
 - a. penetapan pedoman;
 - b. bimbingan teknis;
 - c. pelatihan;
 - d. monitoring.

BAB VIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 9

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Sidoarjo
pada tanggal 2 November 2022

BUPATI SIDOARJO,

ttd

AHMAD MUHDLOR

Diundangkan di Sidoarjo
pada tanggal 2 November 2022

Pj. SEKRETARISDAERAH
KABUPATEN SIDOARJO

ttd

ANDJAR SURJADIANTO

BERITA DAERAH KABUPATEN SIDOARJO TAHUN 2022 NOMOR 99

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI SIDOARJO
NOMOR 99 TAHUN 2022 TENTANG STANDAR
PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH SIDOARJO BARAT

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SIDOARJO BARAT**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. LATAR BELAKANG

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

Percepatan Implementasi Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) bagi rumah sakit daerah saat ini sangat tergantung pada multistakeholder rumah sakit itu sendiri.

Lahirnya Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah telah cukup untuk memberikan gambaran teknis pekerjaan yang perlu dilakukan dalam memenuhi kriteria yang dipersyaratkan dalam Peraturan Perundang-undangan.

Sesuai dengan Pasal 36 Permendagri Nomor 79 Tahun 2018, disebutkan bahwa persyaratan administratif yang harus dipenuhi apabila Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah akan menerapkan PPK-BLUD adalah membuat dan menyampaikan dokumen sebagai berikut:

surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja;

a. pola tata kelola;

b. renstra;

c. standar pelayanan minimal;

d. laporan keuangan atau prognosis/proyeksi keuangan; dan

e. laporan audit terakhir atau pernyataan bersedia untuk diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah.

Berdasarkan Peraturan Perundang-undangan tersebut diperlukan upaya pihak rumah sakit untuk memenuhi kelengkapan persyaratan administratif seperti yang dipersyaratkan diatas sebagai dasar penetapan apakah rumah sakit layak, tidak layak, BLUD penuh atau BLUD bertahap.

Salah satu dokumen yang harus dipenuhi sebagai kelengkapan seperti tertuang di atas adalah dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM). Pasal 43 ayat (1) Permendagri Nomor 79 Tahun 2018 menyatakan bahwa Standar Pelayanan Minimal (SPM) memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD. Sementara itu, Pasal 43 ayat (2) menyatakan bahwa Standar Pelayanan Minimal (SPM) diatur dengan Peraturan Kepala Daerah untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang diberikan oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan BLUD sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo Barat merupakan rumah sakit umum daerah untuk wilayah Sidoarjo bagian barat. Dalam perjalanannya berbagai upaya telah dilakukan untuk merubah citra pelayanan RSUD Sidoarjo Barat. Suatu hal penting dalam pemenuhan persyaratan rumah sakit menjadi BLUD yaitu dalam pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM). Penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo Barat mengacu pada Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo Barat merupakan rumah sakit umum daerah untuk wilayah Sidoarjo bagian barat. Dalam perjalanannya berbagai upaya telah dilakukan untuk merubah citra pelayanan RSUD Sidoarjo Barat. Suatu hal penting dalam pemenuhan persyaratan rumah sakit menjadi BLUD yaitu dalam pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM). Penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo Barat mengacu pada Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

1. Maksud

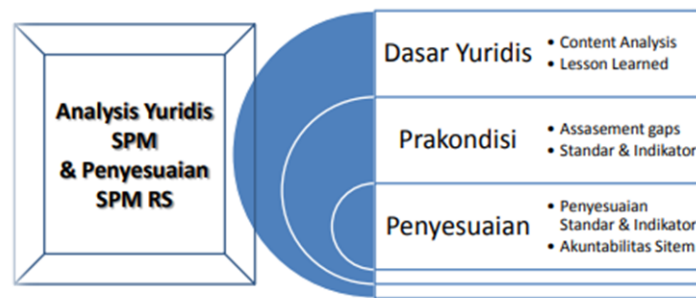
Standar Pelayanan Minimal ini digunakan untuk memberikan pelayanan atau kegiatan minimal yang harus dilakukan rumah sakit sebagai tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan kesehatan rujukan di RSUD Sidoarjo Barat

2. Tujuan

- b. Terlaksananya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan rumah sakit yang bermutu dan terjangkau;
- c. Terlaksananya kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan yang sesuai standar berbasis profesionalisme dengan tetap mengedepankan masalah aksesibilitas masyarakat; dan
- d. 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 Sidoarjo Barat 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 Sidoarjo Barat 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. Priode 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

E. LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pemerintahan Daerah Kabupaten di Jawa Timur (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 41), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya dengan Mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat, dan Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2021 tentang Harmonisasi Peraturan Perpajakan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 246, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6736);
3. 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);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072), 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);
5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 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);

7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
8. 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);
9. 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);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
12. 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);
13. Peraturan Kementerian Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2021 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia tahun 2021 Nomor 1419);
14. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
15. Peraturan Bupati Sidoarjo Nomor 40 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Sidoarjo (Berita Daerah Kabupaten Sidoarjo Tahun 2022 Nomor 40).

BAB II

SISTEMATIKA PENYUSUNAN SPM

Sistematika dokumen SPM RSUD Sidoarjo Barat disusun dalam bentuk sebagai berikut :

1. Bab I Pendahuluan yang terdiri dari:
 - 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 V Penutup
6. Lampiran

BAB III

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD SIDOARJO BARAT

A. KEBIJAKAN

Kebijakan RSUD Sidoarjo Barat 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

Jenis pelayanan kesehatan yang disediakan oleh RSUD Sidoarjo Barat adalah sebagai berikut :

Jenis Pelayanan Medis Meliputi:

- a. Gawat Darurat:
 - Tindakan Ke-gawatdaruratan
- b. Rawat Jalan:
 - Klinik Bedah Umum;
 - Klinik Bedah Orthopedi;
 - Klinik Anak;
 - Klinik Hamil;
 - Klinik Kandungan;
 - Klinik Penyakit Dalam;
 - Klinik Jantung;
 - Klinik Gigi dan Mulut;
 - Klinik General Check Up
 - Klinik ARV
 - Klinik TB Dots
 - Klinik Haji
 - Klinik Syaraf;
 - Klinik Paru;
 - Klinik Mata;
 - Klinik Rehabilitasi Medik;
 - Klinik Tumbuh Kembang Anak;
- c. Rawat Inap:
 - Rawat Inap VVIP (Ruang Venus)
 - Rawat Inap VIP (Ruang Merkurius)

- Rawat Inap Kelas I (Ruang Mars)
 - Rawat Inap Kelas II (Ruang Jupiter)
 - Rawat Inap Kelas III (Ruang Uranus)
- d. Pelayanan Bedah
- Bedah Umum
 - Bedah Orthopedi
- e. Pelayanan Perinatal Resiko Tinggi (PERISTI)
- Pelayanan *Maternal Neonatal Emergency* (MNE);
Pelayanan *Maternal Neonatal Emergency* (MNE) yaitu:
 - Pelayanan *Maternal* dan *Neonatal* Fisiologis;
 - Pelayanan *Maternal* dan *Neonatal* resiko tinggi;
 - Pelayanan Ginekologis
- f. Rawat Intensif
- Intensive Care Unit (ICU);
 - Neonatal Intensive Care Unit (NICU);
 - Pediatric Intensive Care Unit (PICU);
 - Cardiovascular Care Unit (CVCU)
- g. Pelayanan GAKIN (Keluarga Miskin)
2. Jenis Pelayanan penunjang medism meliputi:
- a. Radiologi;
 - b. Laboratorium Patologi Klinik;
 - c. Rehabilitasi Medik;
 - d. Farmasi;
 - e. Bank Darah / Transfusi Darah;
 - f. Pelayanan Ambulance dan Pemulasaran Jenazah:
 - Pemulasaran Jenazah
 - Mobil Jenazah dan *Ambulance Rescue*
 - g. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
3. Jenis Pelayanan penunjang NonMedism meliputi:
- a. Pelayanan Gizi;
 - b. Pelayanan Rekam Medik;
 - c. Pelayanan Pengelolaan Limbah;
 - d. Administrasi dan Manajemen;
 - e. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
 - f. Pelayanan Laundry;
 - g. CSSD (Central Sterile Supply Departement)

C. SPM JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, DAN STANDAR

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1.	Gawat Darurat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa 2. Jambuka Pelayanan Gawat Darurat 3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat 6. Kepuasan Pelanggan 7. Kematian pasien < 24 Jam 8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100% (Seratus Persen) 2. 24 Jam (Dua Puluh Empat Jam) 3. 100% (Seratus Persen) 4. 1 (Satu) tim 5. ≤ 5 (lima) menit terlayani, setelah pasien datang 6. ≥ 70% (Tujuh Puluh Persen) 7. ≤ dua perseribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah Delapan jam) 8. 100% (Seratus Persen)
2.	Rawat Jalan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis 2. Ketersediaan Pelayanan 3. Jambuka pelayanan 4. Waktu tunggu di rawat jalan 5. Kepuasan Pelanggan 6.a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100% (Seratus Persen) Dokter Spesialis 2. a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah 3. 08.00s/d 13.00 WIB Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00s/d 11.00 WIB 4. ≤ 60 (enam puluh) menit 5. ≥ 90% (Sembilan Puluh) Persen 6. a. ≥ 60 % (Enam Puluh) Persen b. ≤ 60% (Enam Puluh) Persen

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
3.	Rawat Inap	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap 2. Dokter penanggung jawab Rawat Inap 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap 4. Jam Visite Dokter Spesialis 5. Kejadian infeksi pasca operasi 6. Kejadian Infeksi Nosokomial 7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian 8. Kematian pasien > 48 jam 9. Kejadian pulang paksa 10. Kepuasan pelanggan 11. Rawat Inap TB <ol style="list-style-type: none"> a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan laporan TB di Rumah Sakit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan DIII 2. 100% (Seratus) Persen 3. a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah 4. 08.00 s/d 14.00 WIB setiap hari kerja 5. $\leq 1,5\%$ (Satu Koma Lima) Persen 6. $\leq 1,5\%$ (Satu Koma Lima) Persen 7. 100% (Seratus) Persen 8. $\leq 0,24\%$ (Nol Koma Dua Puluh Empat) Persen 9. $\leq 5\%$ (Lima) Persen 10. $\geq 90\%$ (Sembilan Puluh) Persen 11. <ol style="list-style-type: none"> a. $\geq 60\%$ (Enam Puluh) Persen b. $\geq 60\%$ (Enam Puluh) Persen

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
4.	Bedah Sentral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu operasi elektif 2. Kejadian Kematian di meja operasi 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi 7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ 2 (dua) hari 2. ≤ 1% (Satu) persen 3. 100% (Seratus) Persen 4. 100% (Seratus) Persen 5. 100% (Seratus) Persen 6. 100% (Seratus) Persen 7. ≤ 6% (Enam) Persen
5	Perawatan Intensif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2. Pemberi pelayanan Unit Intensif 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ 3% (Tiga) Persen 2. a. Dokter Spesialis Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% (Seratus) Persen Perawat minimal DIII dengan sertifikat Perawat Mahir ICU/setara (D4)
6.	Rehabilitasi Medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Kepuasan Pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ 50% (Lima Puluh) Persen 2. 100% (Seratus) Persen 3. ≥ 80% (Delapan Puluh) Persen

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
7.	Ambulance dan Pemulasaran Jenazah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan ambulance/Kereta jenazah 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta jenazah di rumah sakit 3. <i>Respon</i> time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan 4. Waktu tanggap pemulasaran jenazah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 24 (Dua Puluh Empat) jam 2. ≤30 (Tiga Puluh) menit 3. ≤60 (Enam Puluh) menit 4. ≤2 (Dua) jam
8.	Laboratorium Patologi Klinik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium. 2. Pelaksana ahli 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤140 (Seratus Empat Puluh) menit 2. Dokter Spesialis Patologi Klinis (Sp.PK) 3. 100% (Seratus) Persen 4. ≥80% (Delapan Puluh) Persen
9.	Radiologi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto 2. pelaksana ahli 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen 4. Kepuasan pelanggan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤3 (Tiga) jam 2. Dokter Spesialis Radiologi (Sp.Rad) 3. Kerusakan foto ≤2% (dua) persen 4. ≥80% (Delapan Puluh) Persen
10.	Farmasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. waktu tunggu pelayanan <ol style="list-style-type: none"> a. Obat Jadi; dan b. Obat Racikan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan pelanggan 4. Penulisan resep sesuai formularium 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <ol style="list-style-type: none"> a. ≤30 (Tiga Puluh) menit b. ≤60 (Enam Puluh) menit 2. 100% (Seratus) Persen 3. ≥80 % (Delapan Puluh) Persen 4. 100% (Seratus) Persen
11.	Gizi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≥90% (Sembilan Puluh) Persen 2. ≤20% (Dua Puluh) Persen

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberi diet	3. 100% (Seratus) Persen
12.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. $\geq 80\%$ (Delapan Puluh) Persen 2. 100% (Seratus) Persen 3. 100% (Seratus) Persen
13.	Pelayanan Laundry	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100% (Seratus) Persen 2. 100% (Seratus) Persen
14.	Rekam Medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyedia dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyedia dokumen rekam medik pelayanan rawat inap 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100% (Seratus) Persen 2. 100% (Seratus) Persen 3. ≤ 10 (sepuluh) menit 4. ≤ 15 (lima belas) menit
15.	Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus diluar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian kematian ibu karena persalinan 2. Pemberi pelayanan persalinan normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <ol style="list-style-type: none"> a. Perdarahan $\leq 1\%$ (satu) persen b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$ (tiga puluh) persen c. Sepsis $\leq 0,2\%$ (nol koma dua) persen 2. <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan (Sp. OG) b. Dokter Umum (Terlatih Asuhan Persalinan Normal (APN)) c. Bidan

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulitan 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi 5. Kemampuan menangani BB LR 1500gr- 2500gr 6. Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i> 7. Keluarga Berencana a. Presentase KB (Vasektomi & Tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr Sp.B, dr.Sp.U, dr.umum terlatih b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih 8. Kepuasan Pelanggan	3. Tim PONEK yang terlatih 4. a. Dokter Kandungan dan Kebidanan (Sp.OG) b. Dokter Spesialis Anak (Sp.A) c. Dokter Spesialis Anestesi (Sp.An) 5. 100% (Seratus) 6. ≤ 20% (dua puluh) persen 7. a. 100% (seratus) persen b. 100% (seratus) persen 8. ≥ 80 % (Delapan Puluh Persen)
16.	Administrasi dan Manajemen	1. Tindakan lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusul kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengurus gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6. Cost recovery 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	1. 100% (Seratus) Persen 2. 100% (Seratus) Persen 3. 100% (Seratus) Persen 4. 100% (Seratus) Persen 5. ≥ 60% (Enam Puluh) Persen 6. ≥ 40% (Empat Puluh) Persen 7. 100% (Seratus) Persen 8. ≤ 2 (dua) jam 9. 100% (Seratus) Persen

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
18.	Pengelolaan Limbah	1. Bakumutulimbahcair 2. Pengelolaanlimbahpadati nfeksius sesuai denganaturan	1. Asas a. BOD<30 (Tiga Puluh)mg/l b. COD<80(Delapan Puluh) mg/l c. TSS <30 (Tiga Puluh) mg/l d. PH 6-9 2. 100% (Seratus)Persen
19.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. AdaanggotaTim PPIyangterlatih 2. TersediaAPDdisetiapi nstalasi/departemen 3. Kegiatan pencatatan danpelaporan infeksi nosokomial/HAI(H ealthCareAssociatedInfect ion)diRS(min1parameter)	1. AnggotaTimPPIyangterlat ih75% (Tujuh Puluh Lima)Persen 2. 60% (Enam Puluh)Persen 3. 75% (Tujuh Puluh Lima)Persen
20.	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagisetiappelayanan tran sfusi 2. KejadianReaksitransfusi	1. 100% (seratus)persenterpenuhi 2. ≤ 0,01% (nol koma nol satu)persen
21.	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien Keluarga Miskin (GAKIN) yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% (seratus)persen terlayani

BABIV

URAIAN INDIKATOR DAN FORMULA PENGUKURAN

A. PELAYANANGAWATDARURAT

1. Kemampuanmenanganilifesavinganakdandewasa

Judul	KemampuanmenanganilifesavingdiGawatdarurat
DimensiMutu	Keselamatan
Tujuan	TergambarnyakemampuanRumahSakitdalammemberikanPelayananGawatDarurat
DefinisiOpera sional	<i>LifeSaving</i> adalahupaya penyelamatanjiwamanusiadenganurutan <i>Airway,Breath,Circulation</i>
FrekuensiPeng umpulanData	Setiapbulan
PeriodeAnalisa	3 (tiga) bulansekali
Numerator	Jumlahkumulatifpasienyangmendapatpertolongan <i>lifesaving</i> diGawatDarurat
Denominator	Jumlahseluruhpasienyangmembutuhkanpenanganan <i>lifesaving</i> diUnitGawatDarurat
SumberData	Rekam MedikdiGawatDarurat
Standar	100% (seratus) persen
PenanggungjawabPe ngumpulandata	KepalaInstalasiGawatDarurat

2. Jambukapelayanangawatdarurat

Judul	JambukapelayananGawatdarurat
DimensiMutu	Keterjangkauan
Tujuan	TersedianyaPelayananGawatDarurat24(dua puluh empat) JamdisetiapRumahSakit
DefinisiOpera sional	Jam buka 24 (dua puluh empat) jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama24 (dua puluh empat)jampenuh.
FrekuensiPeng umpulan Data	Setiapbulan
PeriodeAnalisa	3 (tiga)bulansekali
Numerator	Jumlahkumulatifjambukagawatdaruratdalam 1 (satu)bulan
Denominator	Jumlahharidalamsatubulan
SumberData	LaporanBulanan
Stndar	24 Jam
PenanggungjawabPe ngumpulandata	KepalaInstalasiGawatDarurat

3. Pemberipelayanankegawatdaruratanyangbersertifikat*Advanced Trauma Life Support (ATLS)/Basic Trauma Life Support (BTLS)/ Advanced Cardioviscular Life Support (ACLS)/Pertolongan Pertama Gawat Darurat (PPGD)*

Judul	Pemberipelayanankegawatdaruratanyangbersertifikat<i>Advanced Trauma Life Support (ATLS)/Basic Trauma Life Support (BTLS)/ Advanced Cardioviscular Life Support (ACLS)/Pertolongan Pertama Gawat Darurat (PPGD)</i>
DimensiMutu	Kompetensiteknis
Tujuan	Menunjukkan tersedianya Pelayanan Gawat Darurat yang ditangani oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
DefinisiOpera sional	Tenagakompetenpadagawatdaruratadalahtenagayang sudahmemilikisertifikatpelatihan <i>Advanced Trauma Life Support (ATLS)/Basic Trauma Life Support (BTLS)/ Advanced Cardioviscular Life Support (ACLS)/Pertolongan Pertama Gawat Darurat (PPGD)</i>
FrekuensiPeng umpulanData	Setiapbulan
PeriodeAnalisa	3 (tiga)bulansekali
Numerator	Jumlahtenayangbersertifikat <i>Advanced Trauma Life Support (ATLS)/Basic Trauma Life Support (BTLS)/ Advanced Cardioviscular Life Support (ACLS)/Pertolongan Pertama Gawat Darurat (PPGD)</i>
Denominator	Jumlahtenaga yangmemberikanpelayanankegawatdaruratan
SumberData	Kepegawaian
Standar	100% (seratus) persen
PenanggungjawabPe ngumpulandata	KepalaPendidikandanPelatihanRumahSakit

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Menunjukkan kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (Tiga) bulan sekali
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat (IGD)
Standar	1 (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	3 (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 disampling (<i>minimal n=50</i>)
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 (lima) 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 diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (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	≥ 70% (tujuh puluh) persen
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

7. Kematian Pasien ≤ 24 (dua puluh empat) jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 (dua puluh empat) jam di Gawat Darurat standar ≤ 2 (dua) perseribu
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 (dua puluh empat) jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 (dua puluh empat) jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 (dua puluh empat) jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangan di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 (dua) perseribu
Penanggungjawab 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	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100% (seratus) persen
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di Poliklinik 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 <i>special privilege</i> yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Registri rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100% (seratus) persen
Penanggungjawab 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 spesialis yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialis yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi di rumah sakit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Registri rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Jam buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Jam buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialis 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 WIB setiap hari kerja kecuali Jumat
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialis yang buka sesuai ketentuan dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialis dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Registri rawat jalan
Standar	100% (seratus) persen
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

4. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktutunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 (enam puluh) menit
Penanggungjawab 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	3 (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	Survey
Standar	≥ 90% (sembilan puluh) persen
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan / Komite Mutu / Tim Mutu

6. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi Directly Observed Treatment, Short-Course (DOTS)

Judul	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi <i>Directly Observed Treatment, Short-Course (DOTS)</i>
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 (lima) strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi pengumpulan data	Setiap 3 (tiga) bulan
Periode analisis	Setiap 3 (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 3 (tiga) bulan
Sumber data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100% (seratus persen)
Penanggungjawab	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 (enam) bulan
Periode Analisa	6 (enam) 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% (seratus) persen
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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100% (seratus) persen
Penanggung jawab 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 tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Registri 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	Jamvisitedokterspesialis
DimensiMutu	Akses,kesinambunganpelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
DefinisiOperasional	Visitedokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 WIB
FrekuensiPengumpulanData	tiap bulan
PeriodeAnalisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah visitedokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 WIB yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
SumberData	Survey
Standar	100% (seratus) persen
PenanggungjawabPengumpulandata	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadianinfeksi pasca operasi
DimensiMutu	Keselamatan,kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
DefinisiOperasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilakukan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3x24 jam
FrekuensiPengumpulanData	tiap bulan
PeriodeAnalisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam 1 (satu) bulan
SumberData	Rekam medis
Standar	≤1,5 % (satu setengah) persen
PenanggungjawabPengumpulandata	Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
DimensiMutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
DefinisiOperasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
FrekuensiPengumpulanData	tiap bulan
PeriodeAnalisa	tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkenai infeksi nosokomial dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan
SumberData	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤1,5 % (satu setengah) persen
PenanggungjawabPengumpulandata	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% (seratus) persen
Penanggungjawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian Pasien >48Jam (empat puluh delapan)
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 (satu) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap >48 jam dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤0,24% (Nol Koma Dua Puluh empat) Persen (NDR ≤25/1000, Indonesia)
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/tim mutu

9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa Standar
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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤5% (lima) persen
Penanggungjawab 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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) 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	≥90% (Sembilan puluh) persen
Penanggungjawab Pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/tim mutu

11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi *Direct Observed Treatment Short-course (DOTS)*

Judul	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi <i>Direct Observed Treatment Short-course (DOTS)</i>
Dimensi mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi <i>Direct Observed Treatment Short-course (DOTS)</i>
Definisi operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi <i>Direct Observed Treatment Short-course (DOTS)</i> adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 (lima) strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up 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 kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional
Frekuensi pengumpulan data	Setiap 3 (tiga) bulan
Periode analisis	Setiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi <i>Direct Observed Treatment Short-course (DOTS)</i>
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100% (seratus) persen
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

D. BEDAHSENTRAL

1. Waktutungguoperasielektif

Judul	Waktutungguoperasielektif
DimensiMutu	Efektifitas,kesinambunganpelayanan,efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
DefinisiOperasional	Waktutungguoperasielektifadalahtenggawaktumulaidoktermemutuskanuntukoperasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
FrekuensiPengumpulanData	1(satu)bulan
PeriodeAnalisa	3(tiga) bulan
Numerator	Jumlahkumulatif waktutungguoperasiyangterencana dariseluruhpasien yangdioperasi dalam1 (satu)bulan
Denominator	Jumlahpasienyangdioperasidalam satubulan
SumberData	Rekam medis
Standar	≤ 2 (dua) hari
Penanggungjawab	KetuaInstalasiBedahSentral

2. Kejadiankematidimejaoperasi

Judul	Kejadiankematidimejaoperasi
DimensiMutu	Keselamatan,efektifitas
Tujuan	Tergambarnyaefektifitaspelayananbedahsentraldananestesisdankepedulianterhadapkeselamatanpasien
DefinisiOperasional	Kematidimejaoperasiadalahkematianyangterjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
FrekuensiPengumpulanData	Tiapbulandansentinelevent
PeriodeAnalisa	Tiapbulandansentinelevent
Numerator	Jumlahpasienyangmeninggaldimejaoperasidalam 1(satu)bulan
Denominator	Jumlahpasien yangdilakukantindakanpembedahdalam 1 (satu)bulan
SumberData	Rekam medis,laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1% (satu) persen
Penanggungjawab	KepalaInstalasiBedahSentral/KomiteMedik

3. Tidakadanyakejadianoperasialahsisi

Judul	Tidakadanyakejadianoperasialahsisi
DimensiMutu	Keselamatanpasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
DefinisiOperasional	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
FrekuensiPengumpulanData	1(satu) bulandansentinelevent
PeriodeAnalisa	1(satu) bulandansentinelevent
Numerator	Jumlahpasien yangdioperasidalam waktusatubulandikurangijumlahpasien yangdioperasialahsisi dalam waktusatubulan
Denominator	Jumlahpasienyangdioperasidalamwaktusatubulan
SumberData	Rekam medis,laporan keselamatan pasien
Standar	100% (seratus) persen
Penanggungjawab	KepalaInstalasiBedahSentral/KomiteMedik

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 pasiendioperasikan pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulandansentinelevent
Periode Analisa	1 (satu) bulandansentinelevent
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasikan dalam waktu 1 (satu) bulandikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasikan dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100% (seratus) persen
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulandansentinelevent
Periode Analisa	1 (satu) bulandansentinelevent
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasikan dalam waktu satu bulandikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasikan dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100% (seratus) persen
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulandansentinelevent
Periode Analisa	1 (satu) bulandansentinelevent
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasikan dalam waktu satu bulandikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasikan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100% (seratus) persen
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

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

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannyakecermatantindakananastesidanmonitoringpasienselama prosespenundaanberlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan <i>sentinel event</i>
Periode Analisa	1 (satu) bulan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6% (enam) persen
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

E. PELAYANAN INTENSIF

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

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

2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp. Anda dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. Anda 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
Target	100% (seratus) persen
Penanggung jawab	Komite Medik / Komite Mutu

F. REHABILITASIMEDIK

1. Kejadiandropoutpasienterhadapelayananrehabilitasiyangdirencanakan.

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	<i>Drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode analisis	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang <i>drop out</i> dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 (tiga) bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 50% (lima puluh) persen
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

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

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80% (delapan puluh) persen
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

G. PELAYANAN AMBULANCE DAN PEMULASARAN 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	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 (dua puluh empat) jam
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulance/kereta jenazah

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah dirumah sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah dirumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambar nyaketanggapan 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 pasiendirumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 (tiga puluh) menit
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100% (Seratus) Persen
Penanggung jawab	Penanggung Jawab Ambulance

3. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambar nyakepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamatidalam 1 (satu) bulan
Denominator	Total pasien yang diamatidalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 (dua) jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

H. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

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

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

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

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

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

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80% (delapan puluh) persen
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Klinik

I. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktutungguhasilpelayananthoraxfoto

Judul	Waktutungguhasilpelayananthoraxfoto
Dimensimutu	Efektifitas,kesinambunganpelayanan,efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisioperasional	Waktutungguhasilpelayananthoraxfotoadalah tenggang waktumulaipasiendifotosampai denganmenerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulandata	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktutunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber data	rekam medis
Standar	≤ 3 (tiga) jam
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen
Dimensimutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan nyata kedatangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulandata	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) 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% (Seratus) persen
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensimutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulandata	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	Kerusakan Foto ≤ 2% (dua) persen
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensimutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi pengumpulandata	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80% (delapan puluh) persen
Penanggung jawab	Ketua Komite Mutu / Tim mutu

J. FARMASI

1.a. Waktutunggupelayananobatjadi

Judul	Waktutunggupelayananobatjadi
Dimensimutu	Efektifitas,kesinambunganpelayanan,efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisioperasional	Waktutunggupelayananobatjadiadalah tenggang waktumulaip pasien menyerahkan reseps ampaidengan menerima obatjadi
Frekuensi pengumpu landata	1(satu) bulan
Periode analisis	3(tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktutunggupelayananobatjadi pasien yang disurvei dalam 1(satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	≤30(tiga puluh) menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

1.b. Waktutunggupelayananobatracikan

Judul	Waktutunggupelayananobatracikan
Dimensimutu	Efektifitas,kesinambunganpelayanan,efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisioperasional	Waktutunggupelayananobatracikanadalah tenggang waktumulaip pasien menyerahkan res epsampaidengan menerima obatracikan
Frekuensi pengumpu landata	1(satu) bulan
Periode analisis	3(tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktutunggupelayananobatracikan pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	≤ 60(enam puluh) menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensimutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisioperasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikandosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpu landata	1(satu) bulan
Periode analisis	3(tiga) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100% (seratus) persen
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensimutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisioperasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.
Frekuensi pengumpu landata	1 (satu) bulan
Periode analisis	3(tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 80%(delapan puluh) persen
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

4. Penulisan resepsesuaiformularium

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

K. 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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	≥ 90% (Sembilan Puluh) Persen
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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	≤ 20% (dua puluh) persen
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi / Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberi diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberi 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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survey
Standar	100% (seratus) persen
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi / Kepala Instalasi Rawat Inap

L. 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
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 (lima belas) menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (satu) bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 (lima belas) menit dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80 % (delapan puluh) persen
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit (IPSR)

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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100% (seratus) persen
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit (IPSR)

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

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

M. 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 (satu) bulan
Periode analisis	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 (empat) hari sampling dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100% (seratus) persen
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

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

N. PELAYANAN REKAM MEDIK (MEDICAL RECORD)

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambar nyata tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien dirawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber data	Survey
Standar	100% (seratus) persen
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	Tergambar nyata tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi operasional	<i>Informed consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survey
Standar	100% (seratus) persen
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	Tergambar nyata 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 mendaftarkan sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 (tiga) 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 pengamat dan ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/ruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	≤ 10 (sepuluh) menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik

4. Waktu penyedia dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyedia 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 penyedia dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien di putuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyedia rekam medik sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyedia rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamat di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	≤ 15 (lima belas) menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medik

O. PERSALINANDAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAHSAKIT KHUSUS DILUAR RUMAHSAKIT IBU DAN ANAK)

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkannya yang disebabkan karena perdarahan, preeklamsia, eklamsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semuaskala persalinan dan nifas. Pre-eklamsia dan eklamsia mulainya terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklamsia dan eklamsia merupakan kumpulan dari dua kriteria, yaitu: - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg - Proteinuria > 5 gr/24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai Eklamsia adalah tanda pre eklamsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan abortus, persalinan dan nifas yang tidak ditanganidengan tepat oleh pasien atau penolong. Partus lama adalah.....
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklamsia/eklamsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklamsia/eklamsia dan sepsis.
Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Perdarahan ≤ 1% pre-eklamsia ≤ 30%, sepsis ≤ 0,2%
Penanggung jawab	Komite Medik

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100% (seratus) persen
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 Spesialis kandungan dan Kebidanan (Sp. OG), dengan dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr (dua ribu lima ratus gram), kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklamsia dan preeklampia berat dan tali pusat menubung
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) 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. Pemberipelayananpersalinandengantindakanoperasi

Judul	Pemberipelayananpersalinandengantindakanoperasi
Dimensimutu	Kompetensiteknis
Tujuan	Tersedianyapelayananpersalinandengantindakanoperasiolehtenagayangkompeten
Definisioperasional	PemberipelayananpersalinandengantindakanoperasiadalahdokterSp,OG,dokterspesialis anak,dokterspesialis anastesi
Frekuensipengumpulandata	1(satu) bulan
Periodeanalisis	3(tiga) bulan
Numerator	JumlahtenagadokterSp.OG,dokterspesialis anak,dokterspesialis anastesiyangmemberikanpertolongan persalinandengantindakanoperasi.
Denominator	Jumlahseluruhtenagayangmelayanipersalinandengantindakanoperasi
Sumberdata	Kepegawaian
Standar	100% (seratus) persen
Penanggungjawab	KomiteMutu

5. KemampuanmenanganiBBLR1500gr-2500gr

Judul	KemampuanmenanganiBBLR1500gr-2500gr
Dimensimutu	Efektifitasdankeselamatan
Tujuan	TergambarnyakemampuanrumahsakitdalammenanganiBBLR
Definisioperasional	BBLRadalahbayiyanglahirdenganberatbadan1500gr-2500gr
Frekuensipengumpulandata	1(satu)bulan
Periodeanalisis	3(tiga)bulan
Numerator	JumlahBBLR1500gr-2500gr yangberhasilditangani
Denominator	JumlahseluruhBBLR1500gr-2500gryangditangani
Sumberdata	Rekammedis
Standar	100% (seratus) persen
Penanggungjawab	KomiteMedik/KomiteMutu

6. Pertolonganpersalinanmelaluiseksiocesaria

Judul	Pertolonganpersalinanmelaluiseksiocesaria
Dimensimutu	Efektifitas,keselamatandanefisiensi
Tujuan	Tergambarnyapertolongandirumahsakit yangsesuaidenganindikasi dan efisien.
Definisioperasional	Seksiocesariaadalah tindakanpersalinanmelalupembedahanabdominalbaik elektif maupun emergensi.
Frekuensipengumpulandata	1(satu) bulan
Periodeanalisis	3(tiga) bulan
Numerator	Jumlahpersalinandenganseksiocesariadalam 1bulan
Denominator	Jumlahseluruhpersalinandalam1bulan
Sumberdata	Rekammedis
Standar	≤20% (dua puluh persen)
Penanggungjawab	KomiteMutu

7. a. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensimutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan.
Definisioperasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten.
Frekuensipengumpulandata	1(satu) bulan
Periodeanalisis	3(tiga) bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumberdata	Rekammedis dan laporan KB Rumah Sakit
Standar	100% (seratus) persen
Penanggungjawab	Direktur Pelayanan Medik

7. b. Konseling KB Mantap

Judul	Konseling KB Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan.
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jenis konseling layanan KB Mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Laporan unit layanan KB Rumah Sakit
Standar	100% (seratus) persen
Penanggungjawab	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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥80% (delapan puluh persen)
Penanggungjawab	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

P. ADMINISTRASIDANMANAJEMEN

1. Tindakan lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi (tunggu direktur)

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

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

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

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 (satu) tahun
Periode analisis	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Subbagian kepegawaian
Standar	100% (seratus) persen
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan waktu pengurus kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurus kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usul kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UUNo.8/1974, UUNo.43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	1 (Satu) tahun
Periode analisis	1 (Satu) tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Subbagian kepegawaian
Standar	100% (seratus) persen
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 (dua puluh) jam per tahun
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	1 (Satu) tahun
Periode analisis	1 (Satu) tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 (dua puluh) jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber data	Subbagian kepegawaian
Standar	≥ 60% (enam puluh) persen
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 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Subbagian kepegawaian
Standar	≥ 40% (empat puluh) persen
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	3 (tiga) bulan
Periode analisis	3 (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	Subbagian kepegawaian
Standar	100% (seratus) persen
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 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 (dua) 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 (enam) bulan
Periode analisis	Tiap 6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6 (enam)
Sumber data	Catat di bagian keuangan
Standar	100% (seratus) persen
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

Q. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Bakumulimlimbahcair

Judul	Bakumulimlimbahcair
Dimensimutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator: BOD (Biological Oxygen Demand): 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH: 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100% (seratus) persen
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Prasarana Rumah Sakit

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensimutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain: 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasabekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100% (seratus) persen
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Penyehatan Lingkungan / Kepala K3 RS

R. PENCEGAHAN/PENGENDALIAN INFEKSI

1. Ada Anggota Tim pencegah dan pengendalian infeksi (PPI) yang terlatih

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

2. Tersedianya APD di setiap instalasi / departemen

Judul	Tersedianya APD di setiap instalasi / departemen
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi operasional	Alat standar 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% (tujuh puluh lima) persen
Penanggung jawab	Tim PPI

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit / HAI (*Health Care Infection*) di rumah sakit minimal 1 parameter

Judul	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit / HAI (<i>Health Care Infection</i>) di rumah sakit minimal 1 parameter
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (ceklist) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75% (tujuh puluh lima) persen
Penanggung jawab	Tim PPI RS

Keterangan:

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonia

ISK : Infeksi Saluran Kemih

S. TRANSFUSIDARAH

1. Kebutuhandarahbagisetiappelayanan transfusi

Judul	Pemenuhankebutuhandarahbagisetiappelayanan transfusi
Dimensimutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnyakemampuanbankdarahrumahsakitdalammenyediakankebutuhan darah.
Definisioperasional	Cukupjelas
Frekuensi pengumpulandata	1(satu)bulan
Periodeanalisis	3(tiga)bulan
Numerator	Jumlahpermintaankebutuhandarahyangdapatdipenuhidalam1bulan
Denominator	Jumlahseluruhpermintaandarahdalam 1bulan
Sumberdata	Survey
Standar	100% (seratus) persen
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Bank Darah (Yang bertanggung jawab pengelolaan bank darah)

2. Kejadianreaksitransfusi

Judul	Kejadianreaksitransfusi
Dimensimutu	Keselamatan
Tujuan	TergambarnyamanajemenrisikopadaUTD
Definisioperasional	Reaksitransfusiadalahkejadiantidakdiharapkan(KTD)yangterjadiakibat transfusidarah,dalambentukreaksialergi,infeksiakibattransfusi,hemolisiakibat golongandarahtidaksesuai,ataugangguan sistemimunesebagaiakibatpemberiantransfusid arah.
Frekuensi pengumpulandata	1(satu)bulan
Periodeanalisis	3(tiga)bulan
Numerator	Jumlahkejadianreaksitransfusidalam satubulan
Denominator	Jumlahseluruhpasienyangmendapattransfusidalam satubulan
Sumberdata	Rekam medis
Standar	≤ 0,01% (nol koma nol satu) persen
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Bank Darah / Kepala UTD

T. 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 BPJS (PBI)/JKMM
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) 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% (seratus) persen
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

BAB IV

PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan suatu bentuk kontrak kinerja (*contractual performance agreement*) yang dilakukan antara Direktur RSUD Sidoarjo Barat dengan Kepala Daerah. Standar Pelayanan Minimal ini juga merupakan suatu bentuk kontrak kinerja antara Pimpinan RSUD Sidoarjo Barat 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 SIDOARJO,

ttd

AHMAD MUHDLOR