



BUPATI PENAJAM PASER UTARA

PERATURAN BUPATI PENAJAM PASER UTARA NOMOR 14 TAHUN 2011

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI PENAJAM PASER UTARA,

- Menimbang : a. bahwa untuk menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib di bidang kesehatan masyarakat, perlu menyusun Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) di Kabupaten Penajam Paser Utara;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Penajam Paser Utara di Kalimantan Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4182);
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 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah dua kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
5. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);

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);
8. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5059);
9. 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);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan Dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis tentang Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
15. Peraturan Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Nomor 8 Tahun 2008 tentang Urusan Yang Menjadi Kewenangan Kabupaten Penajam Paser Utara (Lembaran Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Tahun 2008 Seri E Nomor 1, Tambahan Lembaran Daerah Nomor 6);
16. Peraturan Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Nomor 11 Tahun 2008 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Badan Perencana Pembangunan Daerah, Inspektorat dan Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara (Lembaran Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara Tahun 2008 Seri D Nomor 3);

- Memperhatikan:
1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 07.06/III/2757/08 tentang Pemberian Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah Dengan Nama Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara;
 2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA.**

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Penajam Paser Utara.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Penajam Paser Utara.
3. Bupati adalah Bupati Penajam Paser Utara.
4. Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib dan yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
5. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Penajam Paser Utara.

Pasal 2

Dengan Peraturan Bupati ini ditetapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD).

Pasal 3

Maksud dan tujuan ditetapkannya SPM ini adalah :

- a. Standar Pelayanan Minimal (SPM) dimaksudkan untuk panduan bagi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD);
- b. Standar Pelayanan Minimal (SPM) bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

Pasal 4

Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) adalah sebagaimana tercantum dalam lampiran dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 5

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Penajam
pada tanggal 16 Juni 2011

BUPATI PENAJAM PASER UTARA,

Ttd

H. ANDI HARAHAHAP

Diundangkan di Penajam
pada tanggal 16 Juni 2011

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA,

Ttd

H. SUTIMAN

**Lampiran : PERATURAN BUPATI PENAJAM PASER UTARA
NOMOR : 14 TAHUN 2011
TANGGAL : 16 JUNI 2011**

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD)
KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA**

A. STANDAR PELAYANAN MINIMAL

NO.	JENIS PELAYANAN	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS WAKTU PENCAPAIAN
		INDIKATOR	STANDAR	
1	Pelayanan Gawat Darurat	Kemampuan menangani <i>live saving</i> di UGD	100 %	2 tahun
		Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam	100%	1 tahun
		Pemberian pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS / PPGD / GELS / ATLS / ACLS	Dokter dan Perawat 100 %	2 tahun
		Waktu tanggap pelayanan di UGD	≤ 5 Menit Terlayani setelah Pasien datang	1 tahun
		Kematian pasien < 24 Jam di UGD	≤ 20 %	2 tahun
		Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka tindakan medis yang akan diberikan di UGD	100 %	1 tahun
		Kepuasan pelanggan pada UGD	≥ 70 %	2 tahun
2	Pelayanan Rawat Jalan	Dokter pemberi Pelayanan di poliklinik spesialis	100% Dokter Spesialis	2 tahun
		Ketersediaan pelayanan rawat jalan : a. Poliklinik Penyakit Dalam b. Poliklinik Anak c. Poliklinik Kebidanan dan Kandungan d. Poliklinik Bedah	100 %	2 tahun
		Buka pelayanan sesuai ketentuan : Senin s/d Kamis : pkl. 08.00 – 12.30 Jum'at : pkl. 08.00 – 10.30 Sabtu : pkl. 08.00 – 12.00	100 %	2 tahun
		Waktu tunggu di rawat jalan ≤ 60 menit	100 %	4 tahun
		Kepuasan pelanggan pada rawat jalan	≥ 90 %	4 tahun
		Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan DOTS	100%	2 tahun
		Kegiatan penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	≥ 60%	2 tahun
3	Pelayanan Rawat Inap	Pemberian pelayanan rawat inap : a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3	100 %	4 tahun
		Dokter penanggungjawab pasien rawat inap	100 %	1 tahun
		Ketersediaan pelayanan rawat inap : Bedah, Penyakit Dalam, Kebidanan dan Kandungan, dan Anak	100 %	4 tahun
		Jam visite dokter : 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	100 %	4 tahun
		Angka kejadian infeksi nosokomial phlebitis	≤ 1.5 %	2 tahun
		Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100%	4 tahun
		Kematian pasien > 48 jam	<0,25%	4 tahun
		Kejadian pulang paksa	≤ 5%	4 tahun
		Kepuasan pelanggan rawat inap	≥ 90%	4 tahun
		Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	1 tahun
NO.	JENIS	STANDAR PELAYANAN MINIMAL		BATAS

	PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	WAKTU PENCAPAIAN
		Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	≥ 60%	1 tahun
		Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB	≥ 60%	1 tahun
4	Pelayanan Rekam Medis	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	2 tahun
		Kelengkapan pengisian <i>Informed Consent</i> bagi pasien yang akan dilakukan tindakan	100 %	2 tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan ≤ 10 menit	100 %	2 tahun
		Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap ≤ 15 menit	100%	2 tahun
5	Pelayanan Masyarakat Miskin	Pelayanan terhadap pasien masyarakat miskin yang datang ke rumah sakit pada setiap unit	100 %	1 tahun
6	Pelayanan Persalinan, KIA, Perinatologi dan KB	Kejadian kematian ibu karena persalinan	Perdarahan ≤ 1 %, Preeklampsia ≤ 30 %, Sepsis ≤ 0.2 %, Partus Lama ≤ 20 %	5 tahun
		Pemberi pelayanan persalinan normal Dokter Sp.OG, Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) dan Bidan	100 %	2 tahun
		Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit oleh Tim PONEK yang terlatih	≥ 60 %	4 tahun
		Kemampuan menangani BBLR 1500 gram-2500 gram	100 %	4 tahun
		Keluarga berencana mantap oleh Dokter Umum, Dokter Sp.OG, Bidan	100 %	4 tahun
		Konseling KB Mantap oleh Dokter Umum, Dokter Sp.OG, Bidan Terlatih	100 %	4 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	2 tahun
7	Pelayanan Radiologi	Waktu tunggu hasil pelayanan Thorax Foto ≤ 3 Jam	100 %	1 tahun
		Pelaksana Ekspertisi (Dokter Spesialis Radiologi)	100 %	1 tahun
		Kejadian kegagalan pelayanan roentgen	≤ 2 %	3 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥80 %	2 tahun
8	Pelayanan Gizi	Sisa makan yang tidak dikonsumsi oleh pasien	≤ 20 %	2 tahun
		Ketepatan waktu pemberian makan dengan sistem sentralisasi	≥ 90 %	2 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %	2 tahun
9	Pelayanan Farmasi	Waktu tunggu pelayanan : a. obat jadi ≤ 30 menit b. obat racikan ≤ 60 menit	100% 100%	2 tahun 2 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	1 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	1 tahun
		Penulisan resep sesuai dengan formularium	100 %	2 tahun
10	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium ≤ 140 menit	100%	2 tahun
		Pelaksana Ekspertisi (Dokter Sp. Patologi Klinik)	100 %	4 tahun
		Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	1 tahun
		Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	2 tahun

NO.	JENIS	STANDAR PELAYANAN MINIMAL	BATAS
-----	-------	---------------------------	-------

	PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	WAKTU PENCAPAIAN
11	Pelayanan Fisioterapi	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan	$\leq 50\%$	2 tahun
		Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan fisioterapi	100%	1 tahun
		Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	2 tahun
12	Pelayanan Administrasi dan Manajemen	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	1 tahun
		Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	1 tahun
		Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	1 tahun
		Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala	100 %	1 tahun
		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	1 tahun
		Kecepatan pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 Jam	1 tahun
		Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %	2 tahun
		<i>Cost Recovery</i>	$\geq 80 \%$	1 tahun
13	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	$\geq 80 \%$	3 tahun
		Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %	3 Tahun
		Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu	100%	3 tahun
14	Pelayanan Pengelolaan Limbah	Baku mutu limbah cair : a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. pH 6-9	100 %	5 Tahun
		Pengelolaan limbah cair berbahaya sesuai dengan aturan	100 %	5 Tahun
15	Pelayanan Ambulance dan Kereta Jenasah	Waktu pelayanan ambulance / kereta jenasah (24 jam)	100 %	2 tahun
		Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenasah di rumah sakit ≤ 30 menit	$\geq 80 \%$	1 tahun

B. URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. Pelayanan Unit Gawat Darurat

Indikator	:	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di unit gawat darurat
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi operasional	:	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>airway, breathing, circulation</i>
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di unit gawat darurat
Denominator	:	Jumlah pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di unit gawat darurat
Sumber data	:	Rekam Medik di unit gawat darurat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

Indikator	:	Jam buka pelayanan gawat darurat
Dimensi mutu	:	Keterjangkauan
Tujuan	:	Tersediannya pelayanan gawat darurat 24 jam
Definisi Operasional	:	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	:	Laporan bulanan
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

Indikator	:	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ATLS/ACLS
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompetensi dalam bidang kegawat daruratan
Definisi operasional	:	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS / PPGD / GELS / ATLS / ACLS
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang bersertifikat BLS / PPGD / GELS / ATLS / ACLS
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	Dokter dan Perawat 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

Indikator	:	Waktu tanggap pelayanan di unit gawat darurat
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien di unit gawat darurat
Definisi operasional	:	Kecepatan pelayanan di unit gawat darurat adalah pasien sejak pasien itu datang sampai dengan mendapat pelayanan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 Bulan sekali
Numerator	:	Jumlah komulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dengan mendapat pelayanan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang disampling (minimal n = 50)
Sumber data	:	Sampel
Standar	:	≤ 5 menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

Indikator	:	Kematian pasien < 24 jam di unit gawat darurat
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien rawat darurat
Definisi operasional	:	Kematian < 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam priode 24 jam sejak pasien datang di unit gawat darurat
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam priode < 24 jam sejak pasien datang ke unit gawat darurat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di unit gawat darurat
Sumber data	:	Rekam medis di unit gawat darurat
Standar	:	≤ 20 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

Indikator	:	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka tindakan medis yang akan diberikan di unit gawat darurat
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 tindakan medis yang akan diberikan di UGD
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pasien unit gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang datang di unit gawat darurat
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

Indikator	:	Kepuasan pelanggan pada unit gawat darurat
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggaran terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah komulatif penilaian kepuasan pasien terhadap pelayanan di UGD (Minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien unit gawat darurat yang di survey (Minimal n = 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≥ 70 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gawat Darurat

2. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan

Indikator	:	Dokter pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten.
Definisi operasional	:	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	:	Register Rawat Jalan Poliklinik Spesialis
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Koordinator Rawat Jalan

Indikator	:	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit.
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan yang ada (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register Rawat Jalan
Standar	:	Minimal Kesehatan Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan dan Bedah
Penanggung jawab pengumpul data	:	Koordinator Rawat Jalan

Indikator	:	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada setiap hari kerja di rumah sakit
Definisi operasional	:	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga dokter Jam Pelayanan : Senin s/d Kamis : pkl. 08.00 – 12.30 Jum'at : pkl. 08.00 – 10.30 Sabtu : pkl. 08.00 – 12.00 Pelayanan sesuai dengan jadwal dokter
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari pelayanan Rawat Jalan Spesialistik dalam 1 bulan
Sumber data	:	Register Rawat Jalan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Koordinator Rawat Jalan

Indikator	:	Waktu tunggu di rawat jalan \leq 60 menit.
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada setiap hari kerja di rumah sakit, yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi operasional	:	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang waktu tunggu di rawat jalan \leq 60 menit
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survey pasien rawat jalan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Koordinator Rawat Jalan

Indikator	:	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei.
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	\geq 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Koordinator Rawat Jalan

Indikator	:	Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	:	Akses, efesiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anyi tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penaggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap tiga bulan
Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 bulan
Sumber Data	:	Register rawat jalam, register TB 03 UPK
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Tim DOTS

Indikator	:	Kegiatan penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis
Dimensi mutu	:	Efektivitas, keselamatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	:	Penegakan diagnosis pasti TB melauai pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melauai pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber Data	:	Rekam medic
Standar	:	60%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Tim DOTS

3. Pelayanan Rawat Inap

Indikator	:	Pemberi pelayanan di rawat inap
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis dalam pelayanan
Tujuan	:	Pasien mendapatkan pelayanan dari tenaga kesehatan yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberian pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal perawat lulusan DIII keperawatan)
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	12 bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberikan pelayanan di rawat inap dalam periode waktu tertentu
Denominator	:	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang seharusnya memberikan pelayanan di rawat inap dalam periode waktu tertentu
Sumber data	:	Daftar pegawai masing-masing ruang
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Koordinator Rawat Inap

Indikator	:	Dokter penanggungjawab pasien rawat inap
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis kesinambungan dalam mutu pelayanan
Tujuan	:	Pasien mendapatkan pelayanan dari dokter yang kompeten
Definisi operasional	:	Penanggungjawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinir kegiatan rawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah dokter yang menjadi penanggungjawab ruangan di rawat inap dalam periode waktu tertentu
Denominator	:	Jumlah dokter yang seharusnya menjadi penanggungjawab ruangan di rawat inap dalam periode waktu tertentu
Sumber data	:	Rekam medis rawat inap
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Koordinator Rawat Inap

Indikator	:	Ketersediaan pelayanan rawat inap : Bedah, Penyakit Dalam, Kebidanan dan Kandungan, dan Anak
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 kepada pasien tirah baring di rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat inap
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Koordinator Rawat Inap

Indikator	:	Jam visite dokter
Dimensi mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi operasional	:	Visite dokter adalah kunjungan dokter setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah visite dokter antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter yang disurvei
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Koordinator Rawat Inap

Indikator	:	Angka kejadian infeksi nosokomial phlebitis
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan pasien
Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial plebitis di rumah sakit
Definisi operasional	:	Infeksi plebitis yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 6 bulan
Numerator	:	Kasus Plebitis
Denominator	:	Jumlah pasien dirawat yang dilakukan tindakan pemasangan infuse
Sumber data	:	Laporan tiap bulan indikator rumah sakit
Standar	:	≤ 1.5 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Koordinator Rawat Inap

Indikator	:	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	:	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh yang berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	:	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	:	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Koordinator Rawat Inap

Indikator	:	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	:	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medic
Standar	:	< 0,25%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Komite Mutu

Indikator	:	Kejadian pulang paksa
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan
Definisi Operasional	:	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	:	Rekam medic
Standar	:	≤ 5%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Komite Mutu

Indikator	:	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal = 50)
Sumber Data	:	Survei
Standar	:	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Ketua Komite Mutu

Indikator	:	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	:	Akses, efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	:	Pelayanan rawat inap bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap tiga bulan
Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien inap jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu 3 bulan
Sumber Data	:	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Koordinator Rawat Inap

Indikator	:	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	:	Efektivitas, keselamatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	:	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber Data	:	Rekam medic
Standar	:	60%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Koordinator Rawat Jalan

Indikator	:	Kegiatan Pencatatan dan pelaporan Tuberculosis di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tersediannya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit
Sumber Data	:	Rekam medic
Standar	:	60%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Koordinator Rawat Inap

4. Pelayanan Rekam Medis

Indikator	:	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	:	Kesinambungan dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter dan petugas lainnya dalam kelengkapan informasi rekam medis rawat jalan
Definisi operasional	:	Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi oleh dokter dan petugas lainnya dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan yang meliputi No. rekam medis, identitas pasien, anamnesa, diagnosa, terapi dan tanda tangan dokter
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah rekam medis yang dievaluasi dalam 1 bulan diisi lengkap
Denominator	:	Jumlah seluruh rekam medis yang dievaluasi dalam 1 bulan
Sumber data	:	Data rekam medis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Rekam Medis

Indikator	:	Kelengkapan pengisian <i>informed consent</i> bagi pasien akan dilakukan tindakan
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien untuk tindakan medis yang akan dilakukan
Definisi operasional	:	<i>Informed consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien / keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah <i>informed consent</i> yang diisi lengkap bagi pasien yang mendapat tindakan medis dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah <i>informed consent</i> yang dievaluasi bagi pasien yang mendapat tindakan medis dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam Medis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Rekam Medis

Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan \leq 10 Menit
Dimensi mutu	:	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	:	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan.waktu penyediaan dokumen rekam medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis tersedia di poliklinik \leq 10 menit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang penyediaan rekam medisnya pada pelayanan rawat jalan \leq 10 Menit
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati
Sumber data	:	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan, diruangan penyimpanan rekam medis dan poliklinik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Rekam Medis

Indikator	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap \leq 15 menit
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat inap
Definisi Operasional	:	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada perawatan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia dibangsal pasien \leq 15 menit
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Demominator	:	Total penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data	:	Hasil survei pengamatan diruangan pendaftaran rawat jalan
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Seksi Rekam medik

5. Pelayanan Pasien Masyarakat miskin

Indikator	:	Pelayanan terhadap pasien masyarakat miskin yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	:	Pasien masyarakat miskin (MASKIN) adalah pasien pemegang kartu JAMKESMAS
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien MASKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien MASKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	:	Register Pasien
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Direktur

6. Pelayanan Persalinan, KIA, Perinatologi dan KB

Indikator	:	Kejadian Kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi operasional	:	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan perdarahan, Pre-eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas pre-eklampsis dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trisemester kedua, pre-ekalmpsis dan eklampsia merupakan kumpulan dua dari tiga tanda yaitu</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tekanan darah sistolik > 160 mm Hg dan diastolic . 110 mmHg ➤ Protein Urea : 5 gram / 24 Jam pada pemeriksaan kualitatif ➤ Oedem Tunggal <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong</p>
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap Bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 Bulan
Numerator	:	Jumlah Kematian Pasien persalinan karena perdarahan, preeklampsia/eklampsia, partus lama atau sepsis (masing – masing penyebab)
Denominator	:	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia / eklampsia dan sepsis
Sumber data	:	Ruang Kamar Bersalin
Standar	:	Perdarahan ≤ 1 % Preeklampsia ≤ 30 % Sepsis ≤ 0.2 %, Partus Lama ≤ 20 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Bersalin

Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinaan normal
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinaan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberian pelayanan persalinaan normal adalah Dokter Sp. OG, Dokter umum terlatih (asuhan persalinaan normal) dan Bidan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 Bulan
Periode analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah Tenaga dokter Sp. OG, Dokter umum terlatih (asuhan persalinaan normal) dan Bidan yang memberikan pertolongan persalinaan normal
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinaan normal
Sumber data	:	Ruang Kamar Bersalin
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Bersalin

Indikator	:	Pemberi pelayanan persalinaan dengan penyulit
Dimensi mutu	:	Kompetensi Teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan persalinaan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberian pelayanan persalinaan dengan penyulit adalah tim PONEK yang terdiri dari Dokter Sp. OG, Dokter Umum, Bidan dan Perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinaan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gram, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklamsia dan preeklamsia berat, tali pusat menumbung
Frekuensi pengumpulan data	:	1 Bulan
Periode analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah persalinaan dengan penyulit yang ditolong oleh dokter Spesialis dan Dokter Umum, Bidan dan Perawat Terlatih
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinaan dengan penyulit yang seharusnya ditolong oleh dokter Spesialis dan Dokter Umum, Bidan dan Perawat Terlatih
Sumber data	:	Ruang Kamar Bersalin
Standar	:	≥ 60 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Bersalin

Indikator	:	Kemampuan menangani BBLR 1500 gram – 2500 gram
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	:	BBLR adalah bayi yang baru lahir dengan berat badan 1500 gram – 2500 gram
Frekuensi pengumpulan data	:	1 Bulan
Periode analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah BBLR 1500 gram – 2500 gram yang berhasil ditangani
Denominator	:	Jumlah seluruh BBLR 1500 gram – 2500 gram yang ditangani
Sumber data	:	Ruang Kamar Bersalin
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Bersalin

Indikator	:	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	:	Mutu dan berkesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Definisi operasional	:	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasional yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia, pemasangan IUD pada alat reproduksi wanita dan pemasangan implant pada lengan kiri wanita dengan tujuan menghentikan fertilitas atau menjarangkan kehamilan oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	:	1 Bulan
Periode analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jenis Pelayanan KB Mantap
Denominator	:	Jumlah Peserta KB Mantap
Sumber data	:	Ruang Kamar Bersalin
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Bersalin

Indikator	:	Konseling KB Mantap
Dimensi mutu	:	Mutu dan berkesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Ketersediaan konseling kontrasepsi mantap
Definisi operasional	:	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	1 Bulan
Periode analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah Pelayanan konseling KB Mantap
Denominator	:	Jumlah Peserta konseling KB Mantap
Sumber data	:	Ruang Kamar Bersalin
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Bersalin

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 Bulan
Periode analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber data	:	Ruang Kamar Bersalin
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang Kamar Bersalin

7. Pelayanan Radiologi

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	:	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan pasien menerima hasil yang sudah diekspertisi ≤ 3 jam
Frekuensi pengumpulan data	:	1 Bulan
Periode analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan thorax foto dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam Medis
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Radiologi

Indikator	:	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnostik
Definisi operasional	:	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah spesialisasi radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen hasil pemeriksaan radiolog. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantulkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirim kepada dokter yang menerima
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber data	:	Unit Radiologi
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Unit Radiologi

Indikator	:	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	:	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap hari
Periode analisis	:	1 bulan
Numerator	:	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan
Sumber data	:	Laporan pemakaian dan analisa penolakan film
Standar	:	$\leq 2 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Radiologi

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang disurvei yang dinyatakan puas
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (Minimal n = 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Radiologi

8. Pelayanan Gizi

Indikator	:	Sisa makanan yang tidak dikonsumsi oleh pasien
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas pelayanan unit gizi
Definisi operasional	:	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dikonsumsi oleh pasien sesuai dengan menu yang disajikan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 putaran menu yang berlaku
Periode analisis	:	6 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah komulatif berat sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam 1 putaran menu (10 hari) 3 X waktu makan
Denominator	:	Jumlah komulatif berat makanan pasien yang disurvei dalam 1 putaran menu (10 hari) 3 X waktu makan
Sumber data	:	Survey
Standar	:	$\leq 20 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gizi

Indikator	:	Ketepatan waktu pemberian makan dengan sistem sentralisasi kepada pasien
Dimensi mutu	:	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas pelayanan unit gizi
Definisi operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan dengan system sentralisasi kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan dari unit gizi kepada pasien di ruang rawat inap sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 putaran menu yang berlaku (10 hari)
Periode analisis	:	6 bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat sesuai dengan jadwal waktu distribusi dalam satu putaran menu (10 hari)
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang disurvei
Sumber data	:	Survey
Standar	:	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gizi

Indikator	:	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	:	Keamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	:	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Gizi / Koordinator Rawat Inap

9. Pelayanan Farmasi

Indikator	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi \leq 30 Menit
Dimensi mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat \leq 30 Menit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Farmasi

Indikator	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan \leq 60 menit
Dimensi mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efesiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan \leq 60 menit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Farmasi

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

Indikator	:	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamaan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif hasil penelitian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah total pasien yang disurvei (Minimal n = 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Farmasi

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

10. Pelayanan Laboratorium Klinik

Indikator	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium \leq 140 Menit
Dimensi mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam 1 bulan tersebut
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Laboratorium Klinik

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

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

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah Total Pasien yang disurvei (Minimal n = 50)
Sumber data	:	Urvey
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Laboratorium Klinik

11. Pelayanan Fisioterapi

Indikator	:	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan
Dimensi mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kesinambungan pelayanan fisioterapi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	:	Drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program fisioterapi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	6 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Demominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi medik dalam 3 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 50 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Fisioterapi

Indikator	:	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan fisioterapi
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam fisioterapi
Definisi Operasional	:	Kesalahan fisioterapi adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan fisioterapi yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan / atau tidak sesuai dengan pedoman / standar pelayanan fisioterapi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami fisioterapi dalam 1 bulan
Demominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram fisioterapi dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Fisioterapi

Indikator	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi terhadap pelayanan fisioterapi
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	:	Jumlah Total Pasien yang disurvei (Minimal n = 50)
Sumber data	:	Urvey
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Fisioterapi

12. Pelayanan Administrasi dan Manajemen

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

Indikator	:	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	:	Efektifitas, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	:	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung-jawaban secara periodic. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indicator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategis bisnis rumah sakit, dan indicator-indikator yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah. Laporan indikator kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 tahun
Sumber Data	:	Bidang perencanaan
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Direktur

Indikator	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efisien dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	:	Usulan kenaikan pangkat dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan kenaikan pangkat pada periode tertentu.
Denominator	:	Jumlah pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat pada periode tertentu.
Sumber data	:	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Kepegawaian

Indikator	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	:	Efektivitas dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	:	Kenaikan gaji berkala secara periodic sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan kenaikan gaji berkala pada periode tertentu.
Denominator	:	Jumlah pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan gaji berkala pada periode tertentu.
Sumber data	:	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Kepegawaian

Indikator	:	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	:	Efektifitas / tepat waktu
Tujuan	:	Tergambarnya disiplin pengelola keuangan rumah sakit
Definisi operasional	:	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulannya
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber data	:	Bendahara penerimaan, Bendahara Pengeluaran, Pengurus barang, Pengelola Piutang (Tagihan Retribusi Pelayanan Kesehatan)
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Keuangan

Indikator	:	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 ialah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Keuangan

Indikator	:	Ketepatan waktu pemberian imbalan (Insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	:	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan realisasi pendapatan dan kinerja yang dicapai dalam 1 bulan
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 6 bulan
Periode analisis	:	Tiap 6 bulan
Numerator	:	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian instensif
Denominator	:	6
Sumber data	:	Catatan bidang anggaran dan perbendaharaan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Keuangan

Indikator	:	<i>Cost Recovery</i>
Dimensi mutu	:	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	:	<i>Cost Recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam priode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 Bulan
Numerator	:	Jumlah Pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	:	Bidang pengelolaan pendapatan
Standar	:	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Keuangan

13. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Indikator	:	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan alat medis dan listrik
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani kerusakan yang terjadi pada alat-alat medis dan listrik di rumah sakit
Definisi operasional	:	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan maksimal dalam waktu 15 menit sudah harus ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah laporan kerusakan alat ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit
Denominator	:	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	:	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	:	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Pelayanan Sarana Rumah Sakit

Indikator	:	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan terhadap alat medis dan elektrikal
Tujuan	:	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat medis dan listrik
Definisi operasional	:	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap sesuai dengan ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 bulan
Sumber data	:	Register pemeliharaan alat medis dan listrik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Pelayanan Sarana Rumah Sakit

Indikator	:	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya akurasi alat laboratorium (dan alat ukur yang lain)
Definisi Operasional	:	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) oleh balai pengamanan fasilitas kesehatan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 tahun
Periode analisis	:	1 tahun
Numerator	:	Jumlah seluruh alat laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Demominator	:	Jumlah alat laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	:	Buku registrasi
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit

14. Pelayanan Pengelolaan Limbah

Indikator	:	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedilian 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 ditolelir dan diukur dengan indicator : BOD (Biological Oxygen Demand) 30 Mg/lit COD (Chemical Oxygen Demand) 80 Mg/Lit TSS (Tital Suspended Solid) 30 mg/lit PH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	:	3 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Hasil pemeriksaan laboratorium limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	:	Hasil Pemeriksaan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Sanitasi Rumah Sakit

Indikator	:	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	:	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit/dan atau dapat mencederai antara lain ; Sisa jarum suntik, Sisa Ampul, Kasa Bekas, Sisa Jaringan. Pengolahan limbah pada berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati
Denominator	:	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	:	Hasil Pengamatan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Unit Sanitasi Rumah Sakit

15. Pelayanan Ambulance / Kereta Jenasah

Indikator	:	Waktu pelayanan ambulance / kereta jenasah (24 jam)
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan ambulance / kereta jenasah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien / keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi operasional	:	Waktu pelayanan ambulance / kereta jenasah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance / kereta jenasah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien setiap saat diperlukan selama 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance / kereta jenasah dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

Indikator	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenasah di rumah sakit \leq 30 menit
Dimensi mutu	:	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	:	Terciptanya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance / kereta jenasah.
Definisi operasional	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenasah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance / kereta jenasah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance / kereta jenasah, maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 1 bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan penyediaan ambulance / kereta jenasah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan ambulance / kereta jenasah dalam satu bulan
Sumber data	:	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Standar	:	\geq 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

BUPATI PENAJAM PASER UTARA,

Ttd

H. ANDI HARAHAP