



SPM

Standart Pelayanan Minimum Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu



PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN

RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA BATU

JL. A.YANI NO.10 - 13 KOTA BATU

KATA PENGANTAR

Salah satu syarat administratif yang harus dipenuhi sebelum ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum adalah Rumah Sakit wajib memiliki Dokumen Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit (SPMRS). Untuk itu, Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Namun sejalan dengan perkembangan perumahsakit dan dengan mempertimbangkan sasaran MDG's, Akreditasi Rumah Sakit versi 2012, kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit dan berbagai hal terkait pelayanan rumah sakit, maka dipandang perlu menyempurnakan SPM RS sebagaimana yang dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit tersebut.

Diharapkan dengan terbitnya Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit Umum Husada Batu ini, akan memudahkan pengelola untuk mengatur semua pelayanan di Rumah Sakit Umum Husada Batu, dan pengalaman penerapannya akan bermanfaat untuk perbaikan sistem rujukan pelayanan kesehatan pada masa yang akan datang berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, dan segera menyesuaikan semua aspek di Rumah Sakit Umum Husada Batu untuk memenuhi standart Pelayanan minimum yang sudah ditetapkan

Akhirnya kepada semua pihak yang telah berkontribusi terhadap proses penyempurnaan SPM Rumah Sakit Umum Husada Batu sampai dengan terbitnya buku Standart pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Husada Batu ini disampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya.

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM KARSA
HUSADA BATU

Dr. TRIES ANGGRAINI, M.Kes

Pembina Tk. I

NIP. 19640620 199002 2 001



GUBERNUR JAWA TIMUR

PERATURAN GUBERNUR JAWA TIMUR

NOMOR 21 TAHUN 2012

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)

PADA RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA BATU

GUBERNUR JAWA TIMUR,

- Menimbang :
- a. bahwa RSUD Karsa Husada Batu merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya;
 - b. bahwa pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang diberikan RSUD Karsa Husada Batu harus sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
 - c. bahwa berdasarkan Pasal 2 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, disebutkan Standar Pelayanan Minimal disusun dan diterapkan dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib Pemerintahan Daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar;
 - d. bahwa sehubungan dengan maksud pada huruf a, huruf b dan huruf c pertimbangan menimbang ini, maka perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada RSUD Karsa Husada Batu dengan Peraturan GUBERNUR;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
 2. 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 diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum
 6. 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);
 7. 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 4585);
 8. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
 9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6

Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;

10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
13. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 32 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur,
14. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/526/KPTS/013/2009 Tentang Penetapan 9 UPT pada Dinkes Provinsi Jawa Timur sebagai PPK BLUD Unit KerjaSurat
15. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 821.2/1355/212/2015 tanggal 10 Agustus 2015 tentang Pengangkatan Dalam Jabatan selaku Kepala UPT Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN GUBERNUR TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) PADA RSU KARSA HUSADA BATU :**

Pasal 1

1. Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan: Gubernur adalah Gubernur Jawa Timur.
2. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
3. Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu yang selanjutnya disingkat RSUKH adalah Rumah Sakit Umum UPT Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur

4. Direktur RSUD Karsa Husada Batu adalah Direktur RSUD Karsa Husada Batu
5. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Propinsi Jawa Timur yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
6. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.
7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib Daerah yang berhak diperoleh setiap masyarakat secara minimal.
8. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh RSUD Karsa Husada Batu kepada masyarakat.
9. Mutu Pelayanan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
10. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar *World Health Organization*.
11. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan

produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.

12. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
13. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
14. Frekuensi Pengumpulan Data adalah kekerapan pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
15. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
16. Pembilang (*numerator*) adalah besaran sebagai nilai yang dibagi dalam rumus indikator kinerja.
17. Penyebut (*denominator*) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
18. Sumber Data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

Pasal 2

1. SPM pada RSUD Karsa Husada Batu sebagaimana tercantum dalam Lampiran I.
2. Matrik Kegiatan SPM pada RSUD Karsa Husada Batu sebagaimana tercantum dalam Lampiran II.

Pasal 3

1. Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal

diundangkan.

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

Ditetapkan di Batu
pada tanggal
2016

GUBERNUR JAWA TIMUR,

ttd.

H . s o e k a r w o

**STANDAR PELAYANAN
MINIMAL (SPM)
PADA RSU KARSA HUSADA BATU**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. LATAR BELAKANG

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H, ayat (1) Perubahan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Sejak ditetapkan bahwa kesehatan merupakan salah satu urusan pemerintahan yang diserahkan kepada pemerintah daerah, maka penyelenggaraan pelayanan Rumah Sakit menjadi kewajiban bagi Pemerintah Daerah. Penyerahan urusan pemerintahan bidang kesehatan ini juga diikuti dengan penyerahan wewenang dalam pengelolaan sumber dayanya seperti dana, sumber daya manusia, dan sumber daya lainnya.

Rumah Sakit sebagai salah satu instistusi pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaran pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat, perlu diimbangi oleh tenaga kesehatan yang memadai dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan di Rumah Sakit. Pada hakekatnya Rumah Sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan

tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat. Dengan demikian, kesehatan yang merupakan salah satu urusan wajib pemerintah daerah, penyelenggaraannya berpedoman pada standar pelayanan minimum dan dilaksanakan secara bertahap Sebagai institusi pelayanan kesehatan, pengelolaan Rumah Sakit pemerintah diwajibkan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum agar pelayanan Rumah Sakit kepada masyarakat dapat selalu ditingkatkan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran.

Dengan ditetapkannya Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 37 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah Rumah Sakit Umum Daerah, Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 32 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/526/KPTS/013/2009 Tentang Penetapan 9 UPT pada Dinkes Provinsi Jawa Timur sebagai PPK BLUD Unit Kerja dan Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 821.2/1355/212/2015 tanggal 10 Agustus 2015 tentang Pengangkatan Dalam Jabatan selaku Kepala UPT Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu Pemerintah Propinsi Jawa Timur berupaya untuk memberikan pelayanan publik di bidang kesehatan kepada masyarakat. RSUD Karsa Husada Batu sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat dibutuhkan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan di Kabupaten Malang khususnya dan masyarakat luas pada umumnya.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks, dengan berbagai jenis tenaga kesehatan yang berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu. Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab Pemerintah Daerah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat.

Berdasarkan ketentuan dalam Pasal 2 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, disebutkan SPM disusun dan diterapkan dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib Pemerintahan Daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar. SPM sebagai tolok ukur untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat antara lain pada pelayanan kesehatan di rumah sakit.

SPM yang disusun dan dibuat harus dapat diterapkan secara tepat karena akan berdampak terhadap penyelenggaraan Pemerintahan Daerah, baik dari segi perencanaan, pembiayaan dan pertanggungjawaban. Untuk itu diperlukan suatu rumusan SPM pada RSUD Karsa Husada Batu sebagai unit

pelayanan publik yang menerapkan pola BLUD di bidang kesehatan, yang tidak lain merupakan parameter jenis-jenis layanan, indikator dan standar pencapaian kinerja penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh RSUD Karsa Husada Batu.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

1. Maksud

SPM ini dimaksudkan menjadi panduan bagi RSUD Karsa Husada Batu dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang wajib diterapkan di RSUD Karsa Husada Batu.

Model SPM yang disusun diharapkan dapat memberikan pemecahan masalah atas timbulnya berbagai interpretasi atau perbedaan pemahaman yang dapat mengakibatkan pada kekeliruan dalam mengambil keputusan, yang akan merugikan pemberi mandat (*stakeholder*).

2. Tujuan

SPM sebagai parameter jenis-jenis layanan, indikator dan standar pencapaian kinerja penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh RSUD Karsa Husada Batu bertujuan:

- a. menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target regional dan nasional, cara perhitungan/rumus/pembilangdan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja dan sumber data;
- b. memberikan suatu pengetahuan, keterampilan dan sistem yang memungkinkan pegawai untuk belajar dan berkembang terus menerus dalam berinovasi untuk membangun kapabilitas strategi yang tepat serta efisiensi agar mampu menyerahkan nilai khusus yang diterima pengguna jasa yang selanjutnya akan berkembang kepada kemampuan maupun kemandirian keuangan;
- c. membantu manajemen dalam pembuatan kebijakan;
- d. pengembangan dan analisis kebijakan serta pengelolaan berbagai kegiatan pada tingkat sektor, program dan kegiatan; dan
- e. meningkatkan transparansi dan akuntabilitas lembaga.

C. PENGERTIAN

SPM merupakan ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib Pemerintah Daerah yang berhak diperoleh setiap masyarakat secara minimal serta merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh RSUD Karsa Husada Batu kepada masyarakat.

D. LANDASAN HUKUM

Dalam menyusun SPM pada RSU Karsa Husada Batu mengacu pada peraturan perundangan-undangan antara lain:

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2008;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota;
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
14. Peraturan Daerah Kabupaten Malang Nomor 10 Tahun 2007 tentang Kewenangan Pemerintahan Kabupaten Malang Dalam Urusan Pemerintahan Wajib dan Pilihan;
15. Peraturan Daerah Kabupaten Malang Nomor 1 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Malang Nomor 7 Tahun 2011;
16. Peraturan GUBERNUR JAWA TIMUR Nomor 37 Tahun 2008 tentang Organisasi Perangkat Daerah Rumah Sakit Umum Daerah;
17. Peraturan GUBERNUR JAWA TIMUR Nomor 74 Tahun 2008 tentang Persyaratan Penerapan dan Penetapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;

BAB II
SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
(SPM) PADA RSU KARSA HUSADA BATU

Sistematika dokumen SPM pada RSU Karsa Husada Batu disusun dalam bentuk:

- Bab I Pendahuluan
 - A. Latar Belakang
 - B. Maksud dan Tujuan
 - C. Pengertian
 - D. Landasan Hukum

- Bab II Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu

- Bab III Jenis Pelayanan, Indikator dan Target Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada RSU Karsa Husada Batu
 - A. Jenis Pelayanan RSU Karsa Husada Batu
 - B. SPM Setiap Jenis Pelayanan, Indikator dan Standar

- Bab IV Penerapan Standar Pelayanan Minimum Di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu

- Bab V Batas Waktu Pencapaian Standart Pelayanan minimal Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu

- Bab VI Pembinaan dan Pengawasan

- Bab VII Penutup

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN TARGET PENCAPAIAN STANDAR
PELAYANAN MINIMAL (SPM)
PADA RSU KARSA HUSADA BATU

SPM pada RSU Karsa Husada Batu meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator dan target pencapaian kinerja penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh RSU Karsa Husada Batu.

A. JENIS PELAYANAN RSU KARSA HUSADA BATU

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

B. SPM Setiap Jenis Pelayanan, Indikator dan Standar

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	
1	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1. Kemampuan menangani life saving	100 %
			2. Pemberi pelayanan kegawat-daruratan bersertifikat (ATLS/ BTLS/ACLS/PPGD/GELS) yang masih berlaku	100 %
			3. Ketersediaan tim Penanggulangan bencana	1 Tim
		Proses	4. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam
			5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang
			6. Tidak adanya keharusan membayar uang muka	100 %
		Output	7. Kematian pasien di IGD (≤ 8jam)	≤ 2 perseribu
		Outcome	8. Kepuasan pasien	≥ 70 %

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	
2	Pelayanan Rawat Jalan	Input	1. Ketersediaan pelayanan	minimal sesuai dengan jenis dan Klasifikasi RS
			2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100 % dokter spesialis
		Proses	3. Jam buka pelayanan dengan ketentuan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 08.00 - 11.00
			4. Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit
			5. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	100%
			6. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%
			7. Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih
		Output	8. Peresepan obat sesuai formularium	100 %
			9. Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60%
		Outcome	10. Kepuasan pasien	≥ 90 %

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	
3	Pelayanan Rawat Inap —	Input	1. Ketersediaan pelayanan	Sesuai jenis & kelas RS
			2. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS
			3. Tempat tidur dengan pengaman	100 %
			4. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100 %
		Proses	5. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %
			6. Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00
			7. Kejadian infesksi pasca operasi	≤ 1,5 %
			8. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9 %
			9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100 %
			10. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100 %
			11. Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%
		Output	12. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh*	≤ 5 %
			13. Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %
		Outcome	14. Kepuasan pasien	≥ 90 %

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	
4	Pelayanan bedah sentral	Input	1. Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan kelas RS
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengan kelas RS
			3. Kemampuan melakukan tindakan operatif	Sesuai dengan kelas RS
		Proses	4. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari
			5. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %
			6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %
			7. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %
			8. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %
			9. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ET	≤ 6 %
		Output	10. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %
		Outcome	11. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	
5	Persalinan dan perinatologi	Input	1. Pemberi pelayanan persalinan Normal	Dokter Sp.OG/ Dokter umum/ Bidan Tim PONEK terlatih Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter Sp.An
			2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	
			3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif	
			4. Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)	
			5. Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100 %
		Proses	6. Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria non rujukan	≤ 20 %
			7. Pelayanan kontrasepsi mantap Dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih	100 %
			8. Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih	100 %
		Output	9. Kematian ibu karena persalinan	a. perdarahan ≤ 1 % b. pre-eklampsia ≤ 30% c. Sepsis ≤ 0,2 %
		Outcom	10. Kepuasan pasien	≥ 80 %

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	
6	Pelayanan intensif	Input	1. Pemberi pelayanan	Sesuai kelas RS dan standar ICU
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU
			3. Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan standar ICU
		Proses	4. Kepatuhan terhadap <i>hand Hygiene</i>	100 %
			5. Kejadian infeksi nosokomial	<21 %
		Output	6. Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 70 %
7	Pelayanan radiologi	Input	1. Pemberi pelayanan radiologi	Dokter spesialis radiologi, Radiografer
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan radiografi	Sesuai kelas RS
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam
			3. Kerusakan foto	≤ 2 %
			5. Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100 %
		Output	6. Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Dokter spesialis radiologi
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	
6	Pelayanan Patologi Klinik	Input	1. Pemberi pelayanan Laboratorium	Sesuai kelas RS dan standar
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang Laboratorium	Sesuai kelas RS dan standar
		Proses	3. Waktu tunggu Pelayanan laboratorium Klinik 4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen	≤ 120 menit 100%
			5. Kemampuan pemeriksaan HIV dan IDS 6. Kemampuan pemeriksaan mikroskopis TB Paru	Tersedia tenaga peralatan dan reagen
		output	7. Expertisi hasil pemeriksaan laboratorium 8. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 9. Kesesuaian pemeriksaan Baku mutu external	dr. Spesialis Patologi Klinik 100% 100%
			10. Kepuasan pelanggan	≥ 80%

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	
9	Pelayanan rehabilitasi medik	Input	1. Pemberi pelayanan rehabilitasi medik	Sesuai persyaratan kelas rumah sakit
			2. Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medis	Sesuai persyaratan kelas rumah sakit
		Proses	3. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %
		Output	4. Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50 %
		Outcome	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	
10	Pelayanan Farmasi	Input	1. Pemberi pelayanan farmasi	Sesuai kelas rumah sakit
			2. Fasilitas dan peralatan pelayanan	Sesuai kelas rumah sakit
			3. Ketersediaan formularium	Tersedia dan <i>updated</i> paling lama 3 thn
		Proses	4. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit
			5. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit
		Output	6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	

11	Pelayanan gizi	Input	1. Pemberi pelayanan gizi	Sesuai pola ketenagaan Tersedia
			2. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	
			3. Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	$\geq 90 \%$
			4. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %
		Output	5. Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien	$\leq 20 \%$
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	

12	Pelayanan transfusi darah	Input	1. Tenaga penyedia pelayanan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS
			2. Ketersediaan fasilitas dan	Sesuai standar BDRS
			3. peralatan bank darah rumah	
			4. sakit	
		Proses	5. Kejadian reaksi transfusi	$\leq 0,01 \%$
		Output	6. Pemenuhan kebutuhan darah muntuk pelayanan transfusi di rumah sakit	100 %
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	
13	Pelayanan pasien keluarga miskin	Input	1. Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin 2. Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	tersedia Ada
		Proses	3. Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin 4. Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	≤ 15 menit 100%
		Output	5. Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	100%
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	
14	Pelayanan rekam medik	Input	1. Pemberi pelayanan Rekam medik	Sesuai persyaratan
		Proses	2. Waktu penyediaan dokumen Rekam medik rawat jalan	≤ 10 menit
			3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit
		Output	4. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %
			5. Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	
15	Pengelola-an limbah	Input	1. Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes No 1204 thn 2004)
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit:padat, cair	Sesuai peraturan perundangan
		Proses	3. Pengelolaan limbah cair	Sesuai peraturan perundangan
			4. Pengelolaan limbah padat	Sesuai peraturan perundangan
		Output	5. Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	

16	Administra- si dan manajemen	Input	1. Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	≥ 90 %			
			2. Adanya peraturan internal rumah sakit	Ada			
			3. Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada			
			4. Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada			
			5. Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada			
			6. Adanya perencanaan pengembang SDM	Ada			
		Proses	7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%			
			9. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%			
			10. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%			
			11. Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	90%			
			12. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%			
			13. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat	≤ 2 jam			
		output	14. Cost Recovery	≥ 60 %			
			15. Kelengkapan pelaporan akuntabilitas kinerja	100%			
			16. Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %			
			17. Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan	100%			

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	
17	Pelayanan ambulans dan mobil jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	24 jam
			2. Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah	supir ambulans terlatih
			3. Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Mobil Ambulans dan mobil jenazah terpisah
		Proses	4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit
			5. Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit
		Output	6. Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100 %
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	
18	Perawatan Jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah	24 jam
			2. Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas rumah sakit
			3. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur
		Proses	4. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤15 menit setelah di kamar jenzah
			5. Perawatan jenazah sesuai <i>standar universal precaution</i>	100%
			6. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100 %
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	
19	Pelayanan laundry	Input	1. Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia
			2. Adanya Penanggung jawab pelayanan laundry	Ada SK Direktur
			3. Ketersediaan fasilitas dan peralatan laundry	Tersedia
		Proses	4. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100 %
			5. Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100 %
		Output	6. Ketersediaan linen	2, 5 - 3 set x jumlah tempat tidur
			7. Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100 %

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	
20	Pemeliharaan sarana rumah sakit	Input	1. Adanya Penanggung Jawab IPSRS	SK Direktur
			2. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia
		Proses	3. Waktu tanggap kerusakan alat \leq 15 menit	$\geq 80 \%$
			4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100 %
			5. Ketepatan waktu kalibrasi alat	100 %
		Output	6. Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100 %

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	

21	Pencegahan dan pengendalian infeksi	Input	1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%
			2. Ketersediaan APD di setiap instalasi/departemen	$\geq 60 \%$
			3. Rencana program PPI	Ada
		Proses	4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana	100 %
			5. Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100%
		Output	6. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ <i>health care associated infection</i> (HAI) di rumah sakit.	$\geq 75\%$

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar
		Jenis	Uraian	

20	Pelayanan Keamanan	Input	1. petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100 %
			2. Sistem Pengamanan	ada
		Proses	2. Petugas Keamanan Melakukan Keliling RS	Setiap jam
			3. evaluasi terhadap sistem keamanan	Tiap 3 bulan
			4. tidak adanya barang milik pasien, pengunjung karyawan yang hilang	100 %
		Output	6. Kepuasan Pasien	≥ 90%

URAIAN INDIKATOR

I. Pelayanan gawat Darurat

1. Kemampuan Menangani *Life Saving*.

Judul	Kemampuan menangani <i>life saving</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat pada bayi, anak, orang dewasa dan ibu melahirkan
Definisi Operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Circulation</i> , <i>Airway</i> dan <i>Breath</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah alat yang dimiliki di UGD dalam rangka penyelamatan jiwa
Denominator	Jumlah alat yang seharusnya dimiliki dalam rangka penyelamatan jiwa sesuai dengan kelas RS
Sumber data	Daftar inventaris alat di UGD
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten adalah tenaga pemberi pelayanan gawat darurat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/GELS yang masih berlaku. Dokter internship diakui telah bersertifikat karena baru lulus UKDI
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

3. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit dan telah mendapat pelatihan SPGDT S dan SPGDT B
Denominator	1
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

4. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah hari buka IGD 24 jam dalam sebulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu tanggap adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien datang di IGD sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di- <i>sampling</i> secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di- <i>sampling</i> (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data	Sampel
Standar	≤ 5 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu/panitia mutu

6. Tidak Adanya Keharusan Membayar Uang Muka

Judul	Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

7. Kematian Pasien Di IGD

Judul	Kematian Pasien \leq 8 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian \leq 8 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 8 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode \leq 8 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	\leq 2 perseribu
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat pengumpul data

8. 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 oleh dokter, perawat, petugas loket
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 70 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim mutu/panitia mutu

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Ketersediaan Pelayanan

Judul	Ketersediaan Pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan klasifikasi rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Jenis pelayanan yang seharusnya tersedia di RS sesuai dengan kelas RS
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100% (Sesuai dengan kelas rumah sakit Permenkes No 340/2010)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

2. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan dirumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis. (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan <i>clinical privilege</i> yang diberikan).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hari buka semua klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah hari kerja dalam satu bulan dikalikan jumlah klinik spesialis
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

3. Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis Jam buka antara pukul 08.00 - 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at pukul 08.00 - 11.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	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 satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

4. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Judul	Waktu Tunggu 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 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Survei Pasien rawat jalan
Standar	≤60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

5. Penegakan Diagnosis Tuberculosis

Judul	Penegakan Diagnosis Tuberculosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis
Dimensi Mutu	Efektivitas, Kesenambungan layanan
Tujuan	Kepastian penegakan diagnosis tuberkulosis
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis tuberculosis secara mikroskopis adalah dengan ditemukannya <i>Mycobacterium tuberculosis</i> melalui 3x pemeriksaan mikroskopis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien tersangka tuberculosis yang didiagnosis tuberculosis ditegakkan melalui pemeriksaan mikroskopis
Denominator	Jumlah seluruh pasien tersangka tuberculosis yang diperiksa
Sumber data	Rekam medik pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

6. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standard penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap

7. Ketersediaan Pelayanan VCT

Judul	Ketersediaan Pelayanan VCT
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan VCT di rumah sakit untuk pemeriksaan sukarela HIV/AIDS
Definisi Operasional	Pelayanan <i>Voluntary Counselling and Testing</i> adalah pelayanan di rumah sakit kepada masyarakat yang secara sukarela untuk melakukan test dan konseling HIV/AIDS
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Adanya Pelayanan VCT
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Rawat Jalan
Standar	Tersedia dengan tenaga terlatih
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

8. Peresepan Obat Sesuai Formularium

Judul	Peresepan Obat Sesuai Formularium
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium adalah daftar obat-obatan yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (minmal 50 sampel)
Sumber data	Instalasi Farmasi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

9. Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit

Judul	Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan TB adalah pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Jumlah seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

10. 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 oleh dokter, perawat, petugas loket
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan / Tim mutu/panitia mutu

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat inap oleh dokter spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan dokter spesialis di rawat inap yang tersedia di rumah sakit
Denominator	Semua jenis pelayanan oleh dokter spesialis yang seharusnya ada sesuai kelas rumah sakit
Sumber data	Register rawat inap
Standar	100% (Sesuai dengan kelas rumah sakit Permenkes No 340/2010)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

2. Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap

Judul	Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap pengumpul data

I

3. Tempat Tidur Dengan Pengaman

Judul	Tempat tidur dengan pengaman
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh dari tempat tidur
Definisi Operasional	Pengaman adalah peralatan yang dipasang pada tempat tidur pasien agar tidak jatuh dari tempat tidur
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tempat tidur di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur di ruang rawat inap yang ada di rumah sakit
Sumber data	Catatan Instalasi Rawat Inap
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

4. Kamar Mandi Dengan Pengaman

Judul	Kamar Mandi Dengan Pengaman
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tidak terjadinya pasien jatuh di dalam kamar mandi
Definisi Operasional	Pengaman adalah pegangan tangan yang dipasang di kamar mandi untuk membantu pasien agar tidak jatuh di dalam kamar mandi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kamar mandi di ruang rawat inap yang mempunyai pengaman
Denominator	Jumlah seluruh kamar mandi yang ada di ruang rawat inap yang ada di rumah sakit
Sumber data	Catatan Instalasi Rawat Inap
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

5. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

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

6. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Jam Visite Dokter Spesialis
Dimensi Mutu	akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tegambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang ndilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

7. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian Infeksi Pasca Operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pascaoperasi yang bersih sesuai standar
Definisi operasional	infeksi pascaoperasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (rubor), pengerasan (dolor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤1,5 %
Penanggung jawab	ketua komide medik/komite mutu/tim mutu

8. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 9 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

9. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh

Judul	Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

10. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat inap

11. Pencatatan Dan Pelaporan TB Di Rumah Sakit

Judul	Pencatatan Dan Pelaporan TB Di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan, keselamatan
Tujuan	Ketertiban pencatatan dan pelaporan tuberkulosis dalam mendukung epidemiologi tuberkulosis
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien tuberkulosis yang dicatat dan dilaporkan lengkap dan tepat waktu
Denominator	Jumlah seluruh pasien tuberkulosis
Sumber data	Rekam medik pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat inap

12. Kejadian Pulang sebelum dinyatakan sembuh

Judul	Kejadian Pulang sebelum dinyatakan sembuh
Dimensi mutu	efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi operasional	pulang sebelum sembuh 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 sebelum dinyatakan sembuh dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤5 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

13. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi mutu	keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 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 medik
Standar	$\leq 24/1000$ (internasional) atau $\leq 25/1000$ (Indonesia)
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

14. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap oleh dokter, perawat, dan kondisi ruangan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

IV. BEDAH SENTRAL

1. Ketersediaan Tim Operator

Judul	Ketersediaan Tim Operator
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	Tim operator adalah tim yang siap untuk melaksanakan pelayanan bedah sesuai kebutuhan dan sesuai kelas rumah sakit baik cito maupun elektif, yang terdiri dari dokter spesialis, perawat, dan petugas instrumen sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Bedah Sentral
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan kebutuhan (Beban kerja)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang Operasi

Judul	Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bedah sentral baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan bedah sentral
Denominator	Fasilitas dan peralatan yang seharusnya ada sesuai kelas rumah sakit
Sumber data	Inventaris Instalasi bedah sentral
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

3. Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif

Judul	Kemampuan melakukan tindakan operatif
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Rumah sakit mampu menyediakan pelayanan operatif
Definisi Operasional	Tindakan operatif adalah tindakan pembedahan mayor yang dilaksanakan di instalasi bedah sentral
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis tindakan operatif yang dapat dikerjakan
Denominator	Jenis tindakan operatif yang seharusnya dapat dilakukan sesuai kelas RS
Sumber data	Instalasi Bedah Sentral
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

4. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	Waktu Tunggu Operasi Elektif
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤2 hari
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral

5. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

6. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

7. 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 kesesuaian 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 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan Dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah Tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %

Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis
------------------	---

8. 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	tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala intalasi bedah sentral/komite medis

9. Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan *Endotracheal Tube*

Judul	Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan <i>Endotracheal Tube</i>
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i> .
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medik
Standar	≤6 %

Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis
------------------	---

10. Kejadian Kematian Di Meja Operasi

Judul	Kejadian Kematian Di Meja Operasi
Dimensi mutu	keselamatan, efektivitas
Tujuan	tergambarkannya efektivitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab	kepala instalasi bedah sentral/komite medis

11. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan instalasi bedah sentral
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan instalasi bedah sentral yang diberikan oleh dokter, perawat
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam rumus)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan normal oleh tenaga
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 dokter dan bidan yang memenuhi kualifikasi
Denominator	Jumlah seluruh dokter dan bidan yang memberikan
Sumber data	Kepegawaian, SMF Kebidanan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala SMF Kebidanan

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG,dengan dokter umum, dokter SpA,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, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat, tali pusat menumbung
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter SpOG, dokter umum, dokter SpA, bidan dan perawat terlatih
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Rekam medik, SMF Kebidanan
Standar	Tersedia

Penanggung jawab	Kepala SMF Kebidanan
------------------	----------------------

3. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dokter yang memberikan pelayanan dengan tindakan operasi
Denominator	Tim yang terdiri dari dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Sumber data	Kepegawaian, Rekam medik, SMF Kebidanan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala SMF Kebidanan

4. Kemampuan Menangani BBLR 1500 Gr - 2500 Gr

Judul	Kemampuan Menangani BBLR 1500 Gr - 2500 Gr
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr - 2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr - 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr - 2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/ komite mutu

5. Kemampuan Menangani Bayi baru lahir dengan Asfiksia

Judul	Kemampuan Menangani Bayi baru lahir dengan Asfiksia
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani bayi baru lahir dengan asfiksia
Definisi operasional	Bayi baru lahir dengan asfiksia adalah bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah Bayi baru lahir dengan asfiksia yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh Bayi baru lahir dengan asfiksia yang ditangani
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/ komite mutu

6. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektivitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emrgensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria pada pasien yang pemeriksaan antenatalnya di rumah sakit dalam 1bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan pada pasien yang pemeriksaan antenatalnya di rumah sakit dalam periode
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤20 %
Penanggung jawab	Komite mutu

7. Pelayanan Kontrasepsi Mantap Yang Dilakukan Oleh Tenaga Kompeten

Judul	Pelayanan kontrasepsi mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya profesionalisme dalam pelayanan kontrasepsi mantap
Definisi operasional	Kontrasepsi mantap adalah vasektomi dan tubektomi. Tenaga yang kompeten adalah dokter spesialis Kebidanan dan Kandungan, dokter spesialis bedah, dan dokter umum yang terlatih.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif peserta KB kontrasepsi mantap yang ditangani oleh tenaga yang kompeten dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh peserta KB kontrasepsi mantap dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

8. Pelayanan Konseling Pada Akseptor Kontrasepsi Mantap

Judul	Pelayanan konseling pada akseptor kontrasepsi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya profesionalisme dalam pelayanan kontrasepsi mantap
Definisi operasional	Kontrasepsi mantap adalah vasektomi dan tubektomi. Konseling dilakukan minimal oleh tenaga bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif peserta KB kontrasepsi mantap yang mendapat konseling oleh tenaga bidan terlatih dalam
Denominator	Jumlah seluruh peserta KB kontrasepsi mantap dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

9. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

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

10. Kepuasan Pelanggan

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

VI. PELAYANAN INTENSIF

1. Pemberi Pelayanan Intensif

Judul	Pemberi Pelayanan Intensif
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan intensif
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis, dokter umum dan perawat yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tim yang tersedia
Denominator	1
Sumber data	Unit Pelayanan Intensif
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang ICU

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Ruang ICU
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan ICU
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan intensif adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan intensif baik sesuai dengan persyaratan
Frekuensi Pengumpulan	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan intensif
Denominator	1
Sumber data	Inventaris ICU
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

3. Ketersediaan Tempat Tidur Dengan Monitoring Dan Ventilator

Judul	Ketersediaan Tempat Tidur Dengan Monitoring Dan Ventilator
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan bedah sentral
Definisi Operasional	Tempat tidur ruang intensif adalah tempat tidur yang dapat diubah posisi yang dilengkapi dengan monitoring dan ventilator
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tempat tidur yang dilengkapi dengan peralatan monitoring dan ventilator
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur di ICU
Sumber data	Inventaris ICU
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

4. Kepatuhan Terhadap *Hand Hygiene*

Judul	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Menjamin <i>hygiene</i> dalam melayani pasien di ruang intensif
Definisi Operasional	<i>Hand Hygiene</i> adalah prosedur cuci tangan sesuai dengan ketentuan 6 langkah cuci tangan
Frekuensi Pengumpulan	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah perawat yang diamati dan mematuhi prosedur <i>hand hygiene</i>
Denominator	Jumlah seluruh perawat yang diamati
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi ICU

5. Kejadian Infeksi Nosokomial Di Ruang ICU

Judul	Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di ruang ICU
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam periode yang sama
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 9 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang ICU

6. Rata-Rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama < 72 Jam

Judul	Rata-Rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama < 72 Jam
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam periode yang sama
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤3 %
Penanggungjawab	Komite medik/mutu

VII. RADIOLOGI

1. Pemberi Pelayanan Radiologi

Judul	Pemberi Pelayanan Radiologi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Radiologi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan Radiologi adalah dokter spesialis radiologi dan radiographer sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis tenaga yang memberikan pelayanan radiologi
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi Radiologi
Standar	Dokter spesialis radiologi dan radiografer sesuai dengan

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi
------------------	----------------------------

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Radiografi

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Radiografi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan radiografi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan radiografi baik cito maupun elektif sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan radiografi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Radiologi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

3. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil foto thorax adalah tenggang waktumulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto
Denominator	jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 3 jam

Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi
------------------	----------------------------

4. Kerusakan Foto

Judul	Kerusakan Foto
Dimensi mutu	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kerusakan foto adalah foto hasil pemeriksaan yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	$\leq 2\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

5. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Label

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Label
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pelabelan foto
Definisi operasional	Kejadian kesalahan pemberian label meliputi kesalahan identitas dan/atau kesalahan penandaan kanan/kiri.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien di instalasi radiologi yang difoto dengan pelabelan benar
Denominator	jumlah pasien yang difoto dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala instalasi radiologi

6. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen

Judul	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen
Dimensi mutu	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 roentgen/hasil pemeriksaan radiologi . Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantulkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan	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	Register di instalasi radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

7. Kepuasan Pelanggan

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

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Pemberi Pelayanan Patologi Klinik

Judul	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Patologi Klinik oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan Patologi Klinik adalah dokter spesialis patologi klinik dan analis sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis dan jumlah tenaga yang memberikan pelayanan patologi klinik
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian, Instalasi laboratorium
Standar	Dokter spesialis patologi klinik dan analis sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Laboratorium Patologi Klinik

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Laboratorium Patologi Klinik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan patologi klinik
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan ruang operasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laboratorium patologi klinik baik cito
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, mesin dan peralatan pelayanan laboratorium patologi klinik
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Laboratorium
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit

Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium
---------------------------------	-------------------------------

3. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium
Dimensi mutu	Efektivitas, 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
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 120 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

4. Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan pengelolaan spesimen laboratorium
Definisi operasional	Kejadian tertukar spesimen pemeriksaan laboratorium adalah tertukarnya spesimen milik orang yang satu dengan orang lain
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah seluruh spesimen laboratorium yang diperiksa dikurangi jumlah spesimen yang tertukar
Denominator	jumlah seluruh spesimen laboratorium yang diperiksa
Sumber data	Rekam medik, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	kepala instalasi laboratorium

5. Kemampuan Memeriksa HIV-AIDS

Judul	Kemampuan Memeriksa HIV-AIDS
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium rumah sakit dalam memeriksa HIV-AIDS
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium HIV/AIDS adalah pemeriksaan skrining HIV kepada pasien yang diduga mengidap HIV/ AIDS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Ketersediaan peralatan untuk pemeriksaan HIV/AIDS
Denominator	1
Sumber data	Rekam medik
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Komite medik/ komite mutu

6. Kemampuan Memeriksa Mikroskopis Tuberculosis Paru

Judul	Kemampuan Memeriksa Mikroskopis Tuberculosis Paru
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan laboratorium rumah sakit dalam memeriksa mikroskopis tuberculosis paru
Definisi operasional	Pemeriksaan mikroskopis tuberculosis paru adalah pemeriksaan mikroskopis untuk mendeteksi adanya <i>Mycobacterium tuberculosis</i> pada sediaan dahak pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Ketersediaan tenaga, peralatan dan reagen untuk pemeriksaan tuberculosis
Denominator	1
Sumber data	Rekam medik
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Komite medik/ komite mutu

7. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

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

8. 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 administrasi dalam pelayanan laboratorium meliputi kesalahan identifikasi, kesalahan registrasi, kesalahan pelabelan sampel, dan kesalahan penyerahan hasil laboratorium
Frekuensi pengumpulan	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang diperiksa tanpa kesalahan administrasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut

Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung	Kepala instalasi Laboratorium

9. Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal

Judul	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal
Dimensi mutu	Keselamatan, efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kualitas pemeriksaan laboratorium patologi klinik
Definisi operasional	Baku mutu eksternal adalah pemeriksaan mutu pelayanan laboratorium patologi klinik oleh pihak di luar rumah sakit yang kompeten
Frekuensi	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah parameter diperiksa yang sesuai
Denominator	jumlah seluruh parameter yang diperiksa
Sumber data	Hasil pemeriksaan baku mutu eksternal
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

10. Kepuasan Pelanggan

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

IX. REHABILITASI MEDIK

1. Pemberi Pelayanan Rehabilitasi Medik

Judul	Pemberi Pelayanan Rehabilitasi Medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rehabilitasi medik adalah dokter spesialis rehabilitasi medik, dan fisioterapis yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga pelayanan rehabilitasi
Denominator	1
Sumber data	Unit Pelayanan Rehab Medik
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehab Medik

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Rehabilitasi Medik

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Rehabilitasi Medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan intensif adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan rehabilitasi medik baik sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan rehabilitasi medik
Denominator	1

Sumber data	Inventaris instalasi rehabilitasi medik
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

3. 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 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

4. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan

Judul	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frek pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan

Denominator	jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medic dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤50 %
Penanggungjawab	Kepala instalasi rehabilitasi medic

5. 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 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

X. FARMASI

1. Pemberi Pelayanan Farmasi

Judul	Pemberi Pelayanan Farmasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan farmasi adalah Apoteker dan Asisten Apoteker yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga farmasi yang ada di instalasi farmasi
Denominator	1

Sumber data	Instalasi Farmasi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Farmasi

Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Farmasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan farmasi sesuai dengan persyaratan kelas
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan farmasi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Farmasi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

3. Ketersediaan Formularium

Judul	Ketersediaan formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Dokumen Formularium
Denominator	1
Sumber data	Survei

Standar	Tersedia dan updated paling lama 3 tahun
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

4. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤30 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

5. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤60 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Farmasi

6. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis 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 farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

7. Kepuasan Pelanggan

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

XI. GIZI

1. Pemberi Pelayanan Gizi

Judul	Pemberi Pelayanan Gizi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan gizi
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan gizi adalah tenaga ahli gizi yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga ahli gizi yang bekerja di instalasi gizi
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Gizi
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Gizi

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Pelayanan Gizi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan gizi
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan gizi adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan gizi sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan gizi
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Gizi
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

3. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien
Dimensi mutu	Efektivitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya Efektivitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

4. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

5. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien
Dimensi mutu	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman)
Frekuensi pengumpulan	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah porsi makanan pasien pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	≤20 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan gizi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan gizi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah

Judul	Tenaga Penyedia Pelayanan Bank Darah
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan bank darah
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan bank darah adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit untuk pelayanan bank darah rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di bank darah rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Bank Darah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan ketentuan Pedoman Bank Darah Rumah Sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium/Penanggung Jawab Bank Darah

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Bank Darah

Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Bank Darah
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan bank darah
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan bank darah adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan bank darah sesuai dengan persyaratan dalam Pedoman Bank Darah Rumah Sakit
Frekuensi	Tiga bulan sekali
Periode	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan Bank Darah
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Bank Darah
Standar	Sesuai dengan Pedoman Bank Darah Rumah Sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium/Penanggung Jawab Bank Darah

3. Kejadian Reaksi Transfusi

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

4. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Judul	Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Penanggung Jawab BDRS

5. Kepuasan Pelanggan

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

XIII. PELAYANAN PASIEN KELUARGA MISKIN

1. Ketersediaan Pelayanan untuk Keluarga Miskin

Judul	Ketersediaan Pelayanan untuk Keluarga Miskin
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Memberikan jaminan akses pasien dari keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan rujukan dirumah sakit
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) atau kartu jaminan kesehatan daerah, atau membawa surat
Frekuensi Pengumpulan	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Pelayanan rawat jalan dan rawat inap untuk pasien keluarga miskin
Denominator	1
Sumber data	Jamkesmas/Jamkesda
Standar	Tersedia

Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit
------------------	----------------------

2. Kebijakan RS untuk Pelayanan Pasien Keluarga Miskin

Judul	Kebijakan RS untuk Pelayanan Keluarga Miskin
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Memberikan jaminan akses pasien dari keluarga miskin untuk memperoleh pelayanan rujukan di rumah sakit
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin adalah pasien yang mempunyai kartu jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) atau kartu jaminan kesehatan daerah, atau membawa surat keterangan tidak mampu yang sah
Frekuensi Pengumpulan	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit tentang Kebijakan Pelayanan Keluarga Miskin
Denominator	1
Sumber data	Arsip SK
Standar	Ada
Penanggung jawab pengumpul data	Direktur Rumah Sakit

3. Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan

Judul	Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Kecepatan pelayanan administrasi kepesertaan pasien dari keluarga miskin
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai verifikasi kepesertaan selesai
Frekuensi Pengumpulan	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu verifikasi kepesertaan
Denominator	Jumlah seluruh pasien dari keluarga miskin yang disurvei
Sumber data	Survei Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan
Standar	≤ 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

4. Tidak Adanya Biaya Tambahan Yang Ditagihkan Pada Keluarga Miskin

Judul	Tidak Adanya Biaya Tambahan Yang Ditagihkan pada Keluarga Miskin
Dimensi Mutu	Akses dan efisiensi
Tujuan	Jaminan tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan kepada pasien dari keluarga miskin
Definisi Operasional	Biaya tambahan adalah biaya yang ditagihkan kepada pasien keluarga miskin
Frekuensi Pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien keluarga miskin yang tidak dikenakan biaya tambahan dikurangi jumlah pasien keluarga miskin yang dikenakan biaya tambahan
Denominator	Jumlah seluruh pasien dari keluarga miskin
Sumber data	Survei Waktu Tunggu Verifikasi Kepesertaan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

5. Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani

Judul	Pasien Keluarga Miskin Yang Dilayani
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu Jamkesmas atau jamkesda yang bekerjasama dengan RS
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien keluarga miskin yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien keluarga miskin yang datang kerumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung Jawab	Rirektur Rumah Sakit

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Panitia Mutu

XIV. REKAM MEDIK

1. Pemberi Pelayanan Rekam medik

Judul	Pemberi Pelayanan Rekam medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kestinambungan Pelayanan
Tujuan	Tersedianya tenaga yang kompeten dalam pelayanan Rekam medik
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan Rekam medik adalah tenaga yang mempunyai kompetensi sesuai yang dipersyaratkan dalam persyaratan kelas rumah sakit untuk pelayanan Rekam medik
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah dan jenis tenaga yang bekerja di instalasi Rekam medik rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Rekam medik Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rekam medik

2. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

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

3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan Rekam medik rawat inap
Definisi operasional	Dokumen Rekam medik rawat inap adalah dokumen Rekam medik pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan Rekam medik rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan Rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber data	hasil survei
Standar	≤15 menit

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam medik
------------------	------------------------------

4. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik

5. Kelengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	<i>Informed Consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/ keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Rekam medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Rekam medik
Frekuensi pengumpulan	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Panitia Mutu

XV. Pengolahan limbah

1. Adanya Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

Judul	Penanggung Jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektivitas
Tujuan	Terkelolanya limbah rumah sakit sesuai peraturan perundangan
Definisi Operasional	Penanggung jawab pengelolaan limbah rumah sakit adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan limbah rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit pengumpul data

2. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan Pengelolaan Limbah Rumah Sakit adalah ruang, mesin, perlengkapan, dan peralatan yang harus tersedia untuk pengelolaan limbah rumah sakit sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

3. Pengelolaan Limbah Cair

Judul	Pengelolaan Limbah Cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi Operasional	Limbah Cair adalah limbah cair yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang dan yang berasal dari berbagai alat sanitasi di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap minggu sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Proses pengelolaan limbah cair sesuai peraturan perundangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit

4. Pengelolaan Limbah Padat

Judul	Pengelolaan Limbah Padat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah cair sehingga tidak mencemari lingkungan
Definisi Operasional	Limbah Padat yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang maupun yang dihasilkan dari pengunjung rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap minggu sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Proses pengelolaan limbah padat sesuai dengan peraturan perundangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tiap seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit dan Persyaratan Permenkes No 1204 thn 2004
Penanggung jawab	Kepala Instalasi/Unit Pengelolaan Limbah Rumah Sakit pengumpul data

5. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9, ammonia < 0.1 mg/l, phasphat < 2 mg/l
frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

XVI. Administrasi manajemen

1. Kelengkapan Pengisian Jabatan

Judul	Kelengkapan Pengisian Jabatan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen rumah sakit
Definisi operasional	Jabatan adalah jabatan struktural dan fungsional sebagaimana tersurat dalam struktur organisasi rumah sakit
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jabatan struktural dan fungsional yang telah diisi sesuai dengan kompetensinya
Denominator	Jumlah posisi jabatan struktural dan fungsional yang ada dalam struktur
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

2. Peraturan Internal Rumah Sakit

Judul	Peraturan Internal Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen rumah sakit, adanya kejelasan hubungan kerja pemilik, direksi, dan praktisi medis
Definisi operasional	Peraturan Internal Rumah Sakit adalah peraturan yang disusun oleh pemilik yang mengatur tata hubungan kerja pemilik, direksi, dan praktisi medis di rumah sakit
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Peraturan Internal Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh pemilik
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

3. Peraturan Karyawan Rumah Sakit

Judul	Peraturan Karyawan Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi dan manajemen SDM rumahsakit dan keseimbangan kesejahteraan karyawan dan kinerja pelayanan
Definisi operasional	Peraturan Karyawan Rumah Sakit adalah seperangkat peraturan yang ditetapkan oleh rumah sakit, berlaku dan mengikat bagi setiap karyawan, dimaksudkan sebagai peraturan kerja agar ada kepastian tugas, kewajiban, dan hak-hak karyawan rumah sakit, sehingga tercipta dan terpelihara keserasian hubungan kerja untuk menjamin keseimbangan antara kesejahteraan dan kinerja pelayanan.
frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Peraturan Karyawan Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada ditetapkan oleh direktur rumah sakit
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

4. Daftar Urutan Kepangkatan

Judul	Daftar Urutan Kepangkatan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Kelancaran administrasi kepegawaian di rumah sakit
Definisi operasional	Daftar Urutan Kepangkatan adalah salah satu bahan objektif untuk melaksanakan pembinaan karir karyawan berdasarkan sistem karir dan prestasi kerja.
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Daftar Urutan Kepangkatan
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dan di- <i>update</i> tiap 6 bulan
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

5. Perencanaan Strategis Rumah Sakit

Judul	Perencanaan Strategis Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tercapainya tujuan strategis rumah sakit dalam mengemban visi dan misi
Definisi operasional	Perencanaan strategis adalah perencanaan jangka panjang rumah sakit untuk menentukan strategi serta mengambil keputusan untuk mengalokasikan sumber daya untuk mencapai tujuan strategi
frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Perencanaan Strategi
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen rencana strategis
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

6. Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit

Judul	Perencanaan Pengembangan SDM Rumah Sakit
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya SDM yang kompeten dan pengembangan karir karyawan
Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM
frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Perencanaan Pengembangan SDM
Denominator	1
Sumber data	Sekretariat
Standar	Ada dokumen rencana pengembangan SDM
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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

8. 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	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

9. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

10. Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM

Judul	Pelaksanaan Rencana Pengembangan SDM
Dimensi mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Meningkatnya kompetensi teknis dan tercapainya pengembangan karir SDM
Definisi operasional	Perencanaan Pengembangan SDM adalah perencanaan kebutuhan, dan perencanaan pengembangan kompetensi dan karir SDM
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Pelaksanaan program pengembangan SDM dalam periode waktu tertentu
Denominator	Rencana program pengembangan SDM dalam periode waktu tertentu
Sumber data	Instalasi Pendidikan dan Pelatihan
Standar	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pendidikan dan Pelatihan

11. 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	tiga bulan
Periode analisis	tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Bagian Keuangan
Standar	$\geq 90 \%$
Penanggung jawab	Kepala Bagian Keuangan

12. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

judul	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
Frekuensi	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

13. *Cost Recovery*

Judul	<i>Cost Recovery</i>
Dimensi mutu	Efisiensi, Efektivitas
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 periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	≥ 60 %
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

14. 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 dipertanggungjawabkan 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 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur

15. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam
Dimensi mutu	kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	≥60 %
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

16. Ketepatan Waktu Pemberian Insentif

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Insentif
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan prestasi kerja. Ketepatan waktu adalah ketepatan terhadap waktu yang disepakati/peraturan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Waktu pemberian insentif yang tepat waktu dalam periode tiga bulan
Denominator	3
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

XVII. Ambulans/Kereta Jenazah

1. Ketersediaan Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	Ketersediaan Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah 24 Jam di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Mobil ambulans adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah
Frekuensi Pengumpulan	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	ketersediaan ambulans dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala IGD/Instalasi Pemulasaraan Jenazah

2. Penyedia Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	Penyedia Pelayanan Ambulans Dan Mobil Jenazah
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan ambulans dan mobil jenazah adalah supir ambulans/mobil jenazah yang terlatih
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	tenaga yang memberikan pelayanan ambulans dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Kepegawaian
Standar	Supir ambulans/mobil jenazah yang mendapat pelatihan supir ambulans
Penanggung jawab	Kepala Bidang Umum

3. Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah

Judul	Ketersediaan Mobil Ambulans Dan Mobil Jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan ambulans dan mobil jenazah untuk pasien yang membutuhkan
Definisi operasional	Mobil ambulans adalah mobil pengangkut untuk orang sakit. Mobil jenazah adalah mobil pengangkut untuk jenazah
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah
Denominator	1
Sumber data	Bidang Umum
Standar	Mobil ambulans terpisah dari mobil jenazah
Penanggung jawab	Kepala IGD

4. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah sakit

Judul	Kecepatan Pemberian Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah sakit
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans/mobil
Definisi operasional	Kecepatan pemberian pelayanan ambulans/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans/mobil jenazah, minimal tidak lebih dari 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu kecepatan pemberian pelayanan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulans/mobil jenazah
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulans

5. Waktu Tanggap Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Kepada Masyarakat Yang Membutuhkan
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulans/ mobil jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan ambulans/mobil jenazah kepada masyarakat adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh masyarakat sampai ambulans/mobil jenazah berangkat dari rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tanggap pelayanan ambulans/ mobil jenazah dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulans/mobil jenazah
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulans

6. Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan Atau Kematian

Judul	Tidak Terjadinya Kecelakaan Ambulans/Mobil Jenazah Yang Menyebabkan Kecacatan Atau Kematian
Dimensi mutu	keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan ambulans/kereta jenazah yang aman
Definisi operasional	Kecelakaan ambulans/mobil jenazah adalah kecelakaan akibat penggunaan ambulans/mobil jenazah di jalan raya yang berakibat kecacatan dan/atau kematian bagi penumpang dan/atau masyarakat
Frek pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah seluruh pelayanan ambulans dikurangi jumlah kejadian kecelakaan pelayanan ambulans yang berakibat kematian/kecacatan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pelayanan ambulans sebulan
Sumber data	Bidang Umum
Standar	100 %

Penanggungjawab	Kepala Bidang Umum
-----------------	--------------------

7. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan ambulans/mobil jenazah
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan ambulans/mobil jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Panitia Mutu

XVIII. PERAWATAN JENAZAH

1. Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah

Judul	Ketersediaan Pelayanan Perawatan Jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan perawatan jenazah 24 Jam di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Perawatan jenazah adalah perawatan terhadap jenazah sesuai dengan adat dan agama sesuai permintaan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Ketersediaan perawatan jenazah 24 jam
Denominator	1
Sumber data	Laporan Bulanan
Standar	Tersedia 24 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

2. Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Kamar Jenazah

Judul	Ketersediaan Fasilitas Dan Peralatan Kamar Jenazah
Dimensi Mutu	Akses, efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan kamar jenazah
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan kamar jenazah adalah ruang, perlengkapan dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan kamar jenazah sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas, perlengkapan, dan peralatan pelayanan kamar jenazah
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Kamar Jenazah
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

3. Ketersediaan Tenaga Di Instalasi Perawatan Jenazah

Judul	Ketersediaan Tenaga Di Instalasi Perawatan Jenazah
Dimensi Mutu	Akses, Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan perawatan jenazah
Definisi Operasional	Tenaga pelayanan perawatan jenazah adalah tenaga yang ditunjuk melalui SK direktur untuk memberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah tenaga pemberi pelayanan perawatan
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Perawatan Jenazah
Standar	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit dan kebutuhan dan ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

4. Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Perawatan Jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian 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 tidak lebih dari 2 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total jenazah yang dirawat tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Total jenazah yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

5. Perawatan Jenazah Sesuai *Universal Precaution*

Judul	Perawatan Jenazah Sesuai <i>Universal Precaution</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan rumah sakit dalam menyediakan pelayanan perawatan jenazah yang aman
Definisi Operasional	<i>Universal Precaution</i> adalah kewaspadaan terhadap penyakit HIV/AIDS dengan menggunakan standar Alat Pelindung Diri (APD)
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Seluruh perawatan jenazah dikurangi perawatan jenazah yang tidak sesuai dengan universal precaution
Denominator	Seluruh perawatan jenazah
Sumber data	Instalasi Perawatan Jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Perawatan Jenazah

6. Tidak Terjadinya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah

Judul	Tidak Adanya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi perawatan jenazah terhadap identitas pasien
Definisi operasional	kejadian salah identifikasi adalah kejadian tertukarnya identifikasi jenazah di kamar jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah jenazah yang dirawat di kamar jenazah dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah jenazah yang salah identifikasi
Denominator	jumlah jenazah yang dirawat di kamar jenazah dalam waktu satu bulan
Sumber data	Register Instalasi Perawatan Jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Perawatan Jenazah

7. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan perawatan jenazah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari keluarga
Denominator	Jumlah total keluarga yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Panitia Mutu

XIX. PELAYANAN LAUNDRY

1. Ketersediaan Pelayanan Laundry

Judul	Ketersediaan Pelayanan Laundry
Dimensi Mutu	Akses, kenyamanan
Tujuan	Tersedianya linen bersih untuk pelayanan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan laundry adalah pelayanan pencucian, penyiapan, dan penyediaan linen bersih di rumah sakit baik dilakukan oleh rumah sakit atau dipihakketigakan
Frekuensi Pengumpulan	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Pelayanan laundry di rumah sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Laundry
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laundry

2. Adanya Penanggung Jawab Pelayanan Laundry

Judul	Penanggung Jawab Pemeliharaan Laundry
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektivitas
Tujuan	Adanya kejelasan penanggung jawab penyediaan linen di rumah sakit
Definisi Operasional	Penanggung jawab Pelayanan Laundry adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan dan penyediaan linen di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pelayanan Laundry
Denominator	1
Sumber data	Instalasi Laundry
Standar	Ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laundry

3. Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry

Judul	Ketersediaan Fasilitas dan Peralatan Pelayanan Laundry
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Kesiapan fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan Laundry
Definisi Operasional	Fasilitas dan peralatan pelayanan laundry adalah ruang, mesin, dan peralatan yang harus tersedia untuk pelayanan laundry sesuai dengan persyaratan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jenis dan jumlah fasilitas dan peralatan pelayanan laundry
Denominator	1
Sumber data	Inventaris Instalasi Laundry
Standar	Sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

4. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan

Judul	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Dan Ruang Pelayanan
Dimensi mutu	Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

5. Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius

Judul	Ketepatan pengelolaan linen infeksius
Dimensi mutu	Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	Terkendalnya infeksi di rumah sakit akibat linen infeksius
Definisi operasional	Linen infeksius adalah linen yang dicurigai terkontaminasi cairan tubuh dan berpotensi menularkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah Pengamatan proses pengelolaan linen infeksius
Denominator	Jumlah seluruh pengamatan proses pengelolaan linen infeksius
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

6. Ketersediaan Linen

Judul	Ketersediaan Linen
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan instalasi laundry dalam mencukupi kebutuhan linen di rumah sakit
Definisi operasional	Ketersediaan Linen adalah tersedianya linen yang terdiri dari sprei, sarung bantal, selimut, sticklaken dan perlak
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang tersedia
Denominator	Jumlah seluruh tempat tidur yang ada di rumah sakit
Sumber data	Inventaris Instalasi laundry
Standar	2,5 - 3 set untuk tiap tempat tidur
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

7. Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi

Judul	Ketersediaan Linen Steril Untuk Kamar Operasi
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan instalasi laundry dalam mencukupi kebutuhan linen steril di rumah sakit
Definisi operasional	Linen steril adalah linen yang bebas kuman yang disediakan untuk keperluan tindakan operatif
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode	1 bulan
Numerator	Jumlah linen steril yang dapat disediakan untuk kamar operasi
Denominator	Jumlah permintaan atau kebutuhan linen steril untuk kamar operasi
Sumber data	Instalasi laundry
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi laundry

XX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Adanya Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Judul	Penanggung Jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efisiensi, dan Efektivitas
Tujuan	Terpeliharanya sarana dan prasarana rumah sakit
Definisi Operasional	Penanggung jawab Pemeliharaan Sarana adalah seorang yang kompeten dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit sebagai penanggung jawab pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Surat Keputusan Penetapan Penanggung jawab Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Denominator	1
Sumber data	Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	Ditetapkan dengan SK Direktur
Penanggung jawab	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

2. Ketersediaan Bengkel Kerja

Judul	Ketersediaan Bengkel Kerja
Dimensi Mutu	Efektivitas, Efisiensi
Tujuan	Terpeliharanya sarana, prasarana, mesin dan peralatan di
Definisi Operasional	Bengkel Kerja adalah Tempat untuk melakukan pemeliharaan dan perbaikan sarana, prasarana, mesin, dan peralatan yang ada di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Adanya bengkel kerja
Denominator	1
Sumber data	Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	Tersedia sesuai dengan kelas rumah sakit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi/Unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

3. Waktu Tanggap Kerusakan Alat

Judul	Waktu Tanggap Kerusakan Alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥80 %
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

4. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

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

5. Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat

Judul	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat
Dimensi	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh Lembaga Kalibrasi yang sah
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Waktu Pelaksanaan kalibrasi alat yang sesuai rencana dalam 1 tahun
Denominator	Rencana waktu pelaksanaan kalibrasi alat
Sumber data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

6. Alat Ukur Dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu

Judul	Alat Ukur dan Alat Laboratorium Yang Dikalibrasi Tepat Waktu
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi alat ukur yang digunakan untuk pelayanan medis maupun pelayanan penunjang medis
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan oleh Lembaga Kalibrasi yang sah
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat ukur dan alat lab yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	jumlah alat ukur dan alat lab yang perlu dikalibrasi dalam
Sumber data	Buku register alat dan dokumen bukti kalibrasi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tersedianya Anggota Tim PPI Yang Terlatih

Judul	Tersedianya Anggota Tim PPI Terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI
Definisi operasional	Tim PPI adalah tim Pencegahan pengendalian infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tiga bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah dilatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	≥ 75 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

2. Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri) Di Setiap Instalasi/Departemen

Judul	Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindunginya pasien, pengunjung dan petugas dari infeksi
Definisi operasional	APD (Alat pelindung diri) adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun.
Frekuensi pengumpulan	Tiap minggu
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah seluruh unit kerja pelayanan yang dipersyaratkan memiliki APD
Sumber data	Survei
Standar	≥ 75 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

3. Rencana Program PPI

Judul	Rencana Program PPI
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di rumah sakit
Definisi operasional	Rencana program PPI adalah rencana tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang akan dilaksanakan di rumah sakit selama satu tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tahun
Periode analisis	Tiap tahun
Numerator	Rencana program PPI
Denominator	1
Sumber data	Tim PPI
Standar	Ada
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

4. Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana

Judul	Pelaksanaan Program PPI Sesuai Rencana
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Adanya kegiatan PPI yang terprogram di rumah sakit
Definisi operasional	Pelaksanaan program PPI adalah pelaksanaan tahunan kegiatan tim PPI berupa program dan kegiatan yang dilaksanakan di rumah sakit selama satu tahun
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah kegiatan PPI yang dilaksanakan selama enam bulan sesuai rencana
Denominator	Seluruh kegiatan PPI yang direncanakan selama kurun waktu enam bulan
Sumber data	Tim PPI
Standar	100%
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

5. Penggunaan APD Saat Melaksanakan Tugas

Judul	Penggunaan APD saat melaksanakan tugas
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindungnya pasien dan petugas dari penularan penyakit infeksi maupun bahan berbahaya
Definisi operasional	Alat Pelindung Diri adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun.
Frekuensi pengumpulan	Tiap 1 bulan
Periode	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah karyawan yang diamati yang tertib menggunakan APD sebagaimana dipersyaratkan
Denominator	Seluruh karyawan yang diamati
Sumber data	Survei observasi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

6. Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah sakit

Judul	Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah sakit
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlaksananya pemantauan infeksi nosokomial di rumah
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (check list) pada instalasi yang ada di rumah sakit, minimal satu parameter dari ILO< ILI< VAP<ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Tiap hari
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial
Denominator	Jumlah instalasi yang ada
Sumber data	Survei
Standar	≥ 75 %
Penanggung jawab	Ketua tim PPI

XXII. PELAYANAN KEAMANAN

1. Petugas Keamanan bersertifikat Pengamanan

Judul	Petugas keamanan bersertifikat Pengamanan
Dimensi mutu	Keamanan, kompetensi teknis dan kenyamanan
Tujuan	Terlaksananya suasana rasa aman bagi pasien dan keluarganya
Definisi operasional	Petugas Keamanan bersertifikat Pengamanan adalah petugas keamanan yang telah mendapat pelatihan pengamanan dari Kepolisian sesuai dengan standard pengamanan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah petugas keamanan yang memiliki sertifikat
Denominator	Jumlah seluruh petugas keamanan
Sumber data	Personalia
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian umum

2. Sistem Pengamanan

Judul	Sistem pengamanan
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan keamanan
Tujuan	Terciptanya sistem pengamanan di rumah sakit khususnya pengamanan bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan
Definisi operasional	Sistem pengamanan adalah kebijakan direktur rumah sakit yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan keamanan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Adanya kebijakan direktur rumah sakit yang mengatur tentang pola pengamanan khususnya bagi bayi, anak dan usia lanjut serta tempat yang diidentifikasi rawan <u>keamanan</u>
Denominator	1
Sumber data	Bagian Umum
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian umum

3. Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling RS

Judul	Petugas Keamanan melakukan pengawasan keliling RS
Dimensi mutu	Keamanan, kesinambungan pelayanan keamanan
Tujuan	Terciptanya rasa aman bagi pasien dan keluarganya serta
Definisi operasional	Petugas keamanan melakukan pengawasan keliling RS adalah kegiatan mengelilingi fasilitas RS <u>setiap jam</u> dalam rangka kewaspadaan terhadap kondisi keamanan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
Periode analisis	2 bulan sekali
Numerator	Jumlah hari yang disampling yang memenuhi kriteria
Denominator	Jumlah hari yang disampling
Sumber data	Laporan Petugas Keamanan
Standar	100%

Penanggung jawab	Bagian umum
------------------	-------------

4. Evaluasi terhadap sistem pengamanan

Judul	Evaluasi terhadap sistem pengamanan
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya sistem pengamanan yang efektif dan berkesinambungan
Definisi operasional	Evaluasi terhadap system pengamanan adalah proses penilaian yang dilakukan terhadap system pengamanan yang telah ditetapkan dan dilakukan perbaikan apabila ditemukan kekurangan
Frekuensi pengumpulan	1 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah bulan yang diadakan evaluasi dan tindak
Denominator	3 bulan
Sumber data	Pencatatan di Bagian umum
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian umum

5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang

Judul	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang
Dimensi mutu	Keamanan dan kenyamanan
Tujuan	Terciptanya rasa aman dan rasa nyaman bagi pasien, pengunjung dan karyawan rumah sakit
Definisi operasional	Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung dan karyawan rumah sakit yang hilang adalah semua barang milik pasien, pengunjung dan karyawan tetap terjaga dan tidak hilang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan sekali
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah hari yang disurvei dikurang dengan jumlah hari adanya kehilangan barang milik pasien/pengunjung/karyawan
Denominator	Jumlah hari yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100%

Penanggung jawab	Bagian umum
------------------	-------------

6. Kepuasan Pasien terhadap pelayanan keamanan

Judul	Kepuasan pasien terhadap pelayanan keamanan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan keamanan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keamanan
Frekuensi pengumpulan	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien/
Denominator	Jumlah total keluarga yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 %
Penanggung jawab	Bagian umum

BAB IV

PENERAPAN STANDAR PELAYANAN MINIMUM DI RUMAH SAKIT

- 1) SPM di RSUD Karsa husada yang telah ditetapkan Kepala Daerah/pemilik rumah sakit menjadi salah satu acuan bagi rumah sakit untuk menyusun perencanaan dan penganggaran penyelenggaraan pelayanan perumah-sakitan;
- 2) Rencana pencapaian SPM di RSUD Karsa husada Batu sebagaimana dimaksud dituangkan dalam rencana strategik bisnis rumah sakit;
- 3) Target tahunan rencana pencapaian SPM di RSUD Karsa husada Batu sebagaimana dimaksud dituangkan ke dalam Rencana Bisnis dan Anggaran;
- 4) Target tahunan rencana pencapaian SPM di RSUD Karsa husada Batu sebagaimana dimaksud serta realisasinya dilaporkan kepada Kepala Daerah/
pemilik rumah sakit;
- 5) Dalam upaya pencapaian SPM di RSUD Karsa husada Batu, rumah sakit dapat bekerjasama dengan pihak swasta sesuai dengan ketentuan perundangan yang berlaku

BAB V

BATAS WAKTU PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMUM

Rumah sakit menyusun rencana pencapaian SPM di RSUD Karsa husada Batu yang memuat target tahunan pencapaian SPM di RSUD Karsa husada Batu dengan mengacu pada batas waktu pencapaian SPM di RSUD Karsa husada Batu sesuai dengan Peraturan Kepala Daerah/Peraturan Pemilik RSUD Karsa husada Batu

BAB VIII

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

- 1) Kepala Daerah/pemilik rumah sakit melakukan pembinaan kepada rumah sakit dalam penerapan SPM di RSUD Karsa husada Batu;
- 2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a) Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM di RSUD Karsa husada Batu, termasuk kesenjangan pembiayaannya;
 - b) Penyusunan rencana pencapaian SPM di RSUD Karsa husada Batu dan penetapan target tahunan pencapaian SPM di RSUD Karsa husada Batu;
 - c) Penilaian prestasi kerja pencapaian SPM di RSUD Karsa husada Batu; dan
 - d) Pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM di RSUD Karsa husada Batu.
- 3) Pemerintah melaksanakan pembinaan, supervisi, monitoring, dan evaluasi atas penerapan SPM di RS oleh rumah sakit dalam rangka menjamin akses dan mutu pelayanan rumah sakit kepada masyarakat.
- 4) Pemerintah Daerah/Pemilik rumah sakit wajib mendukung pengembangan kapasitas rumah sakit yang belum mampu mencapai SPM di RS;
- 5) Dukungan pengembangan kapasitas rumah sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- 6) Kepala Daerah/pemilik rumah sakit bertanggung jawab atas pengawasan umum penerapan SPM di RS;
- 7) Menteri kesehatan bertanggung jawab atas pengawasan teknis penerapan SPM di RS;
- 8) Menteri Dalam Negeri bertanggung jawab atas Pengawasan Umum penerapan SPM di RS;
- 9) Pemerintah dan atau Pemerintah Daerah dapat memberikan penghargaan kepada rumah sakit yang berhasil mencapai SPM di RS dengan baik dalam batas waktu yang ditetapkan dalam Peraturan Kepala Daerah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (2) berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan oleh Pemerintah Daerah;
- 10) Pemerintah memberikan sanksi kepada rumah sakit yang tidak berhasil mencapai SPM di RS dengan baik dalam batas waktu yang ditetapkan dalam Peraturan Kepala Daerah/peraturan pemilik rumah

sakit berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi dengan mempertimbangkan kondisi khusus rumah sakit yang bersangkutan;

- 11) Sanksi sebagaimana dimaksud mengacu pada peraturan perundangan yang berlaku.

BAB VII

PENUTUP

Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan kesehatan yang disediakan dan dapat pertanggung jawabkan dan yang wajib dilaksanakan oleh rumah sakit dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian mengingat kondisi masing-masing daerah yang terkait dengan sumber daya yang tidak merata maka diperlukan pentahapan dalam pencapaian SPM di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu, sesuai dengan kondisi/perkembangan kapasitas Pemerintah propinsi Jawa Timur. Mengingat SPM di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu sebagai hak konstitusional masyarakat maka seyogyanya SPM di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah propinsi Jawa Timur.

Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu diharapkan dapat membantu pelaksanaan, penerapan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu. SPM di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu dan unsure terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Daftar Pustaka

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2004 tentang Keuangan Negara
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Balan Layanan Umum yang telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum
8. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit, Departemen Kesehatan RI 2007
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit
11. ACHS (2012), *Clinical Indicator Summary Guide 2012*, Sidney
12. AHRQ (2007), *Guide to Inpatient Quality Indicators version 3.1*, Rockville, MD.
13. AHRQ (2007), *Guide to Patient Safety Indicators version 3.1*, Rockville, MD.
14. Karz, M., Green. E. (2007). *Managing Quality: A Guide to System-Wide Performance Management in Health Care*. 2nd ed. Mosby-Year Book, St. Louise.
15. Kementerian Kesehatan RI (2011), *Standar Akreditasi Rumah Sakit*, Jakarta

LAMPIRAN SPM RSU KARSA HUSADA BATU

No	Jenis Pelayanan	Indikator		Standar	Pencapai an awal	Rencana Pencapaian tahun					Penanggung-jawab	
		Jenis	Uraian			2016	2017	2018	2019	2020		
1	Pelayanan Gawat Darurat	Input	1. Kemampuan menangani life saving	100 %	90 %	95 %	100%	100%	100%	100%	Kepala IGD	
			2. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan bersertifikat (ATLS/ BTLS/ ACLS / PPGD/ GELS) yang masih berlaku	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala pendidikan dan pelatihan RS	
			3. Ketersediaan tim Penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	Kepala IGD
		Proses	4. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Kepala IGD
			5. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit dilayani setelah pasien datang	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	Kepala IGD/Tim mutu/panitia mutu
			6. Tidak adanya keharusan membayar uang muka	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala IGD
		Output	7. Kematian pasien di IGD (≤ 8 jam)	≤ 2 perseribu	6/1000	5 perseribu	≤ 2 perseribu	≤ 2 perseribu	≤ 2 perseribu	≤ 2 perseribu	≤ 2 perseribu	Kepala IGD
		Outcome	8. Kepuasan pasien	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	Kepala IGD/Tim mutu/panitia mutu

2	Pelayanan Rawat Jalan	Input	1. Ketersediaan pelayanan	minimal sesuai Klasifikasi RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IRJ
			2. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100 % dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IRJ
		Proses	3. Jam buka pelayanan dengan ketentuan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IRJ
			4. Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	120 menit	100 menit	80 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	Kepala IRJ/tim mutu/panitia mutu
			5. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IRJ
			6. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IRJ
			7. Ketersediaan Pelayanan VCT (HIV)	Tersedia dengan tenaga terlatih	Tersedia	Terse-dia	Terse-dia	Terse-dia	Terse-dia	Terse-dia	Kepala IRJ
		Output	8. Peresep-an obat sesuai formularium	100 %	90%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IRJ
			9. Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60%	100 %	100 %	100%	100 %	100 %	100 %	Kepala IRJ
		Outcom e	10. Kepuasan pasien	≥ 90 %	70%	75%	80%	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	Kepala IRJ

3	Pelayanan Rawat Inap	Input	1. Ketersediaan pelayanan	Sesuai jenis & kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Irna
			2. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	Sesuai pola ketenagaan, jenis dan kelas RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepegawaian
			3. Tempat tidur dengan	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Irna
			4. Kamar mandi dengan pengaman pegangan tangan	100 %	0%	70%	100%	100%	100%	100%	Kepala Irna
		Proses	5. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Irna
			6. Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Irna/komite medik/pani-tia mutu
			7. Kejadian infesksi pasca operasi	≤ 1,5 %	0%	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	Kepala Irna/komite medik/pani-tia mutu
			8. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 9 %	5%	≤ 9 %	≤ 9 %	≤ 9 %	≤ 9 %	≤ 9 %	Kepala Irna/komite medik/pani-tia mutu

			9. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100 %	99.5%	99.5%	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Irna
			10. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Irna
			11. Pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Irna
		Output	12. Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh*	≤ 5 %	2%	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	Tim mutu
			13. Kematian pasien ≥ 48 jam	≤ 0,24 %	0%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	Tim mutu
		Outcome	14. Kepuasan pasien	≥ 90 %	90%	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	Tim mutu
4	Pelayanan Bedah Sentral	Input	1. Ketersediaan tim bedah	Sesuai dengan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Kepala IBS
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan operasi	Sesuai dengankelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Kepala IBS
			3. Kemampuan melakukan tindakan operatif	Sesuai dengan kelas RS	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Sesuai	Kepala IBS
		Proses	4. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	Kepala IBS

			5. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala IBS/Komite Medis
			6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala IBS/Komite medis
			7. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala IBS/Komite medis
			8. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala IBS/Komite medis
			9. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, salah penempatan ET	≤ 6 %	0%	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	Kepala IBS/Komite medis
		Output	10. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	0%	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	Kepala IBS/Komite medis
		Outcome	11. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	90%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Ketua Tim mutu/ Tim mutu

5	Persalinan dan Perinatologi	Input	1. Pemberi pelayanan persalinan Normal	Dokter Sp. OG/ Dokter umum/ Bidan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala SMF Kebidanan
			2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit								
			3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operatif	Tim PONEK terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala SMF Kebidanan
			4. Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)	Dokter SpOG, Dokter SPA, Dokter	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala SMF Kebidanan
			5. Kemampuan menangani bayi lahir dengan asfiksia	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite medik/Komite mutu
				100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite medik/Komite mutu
		Proses	6. Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria non rujukan	≤ 20 %	30%	30%	≤ 20 %	≤ 20%	≤ 20 %	≤ 20 %	Komite mutu
			7. Pelayanan kontrasepsi mantap Dilakukan oleh SpOG atau SpB, atau SpU, atau dokter umum terlatih	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Ketua Komite mutu/tim mutu
			8. Konseling peserta KB mantap oleh bidan terlatih	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Ketua Komite mutu/tim mutu

		Output	9. Kematian ibu karena persalinan	perdarahan ≤ 1 % b. pre- eklampsia ≤	0.5% 1.5 % 0%	≤ 1 % ≤ 30% ≤0,2 %	≤ 1 % ≤30% ≤0,2 %	≤ 1 % ≤30% ≤0,2 %	≤ 1 % ≤ 30% ≤0,2 %	≤ 1 % ≤ 30% ≤0,2 %	Komite medik
		Outcome	10. Kepuasan pasien	≥ 80 %	80%	≥ 80 %	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80 %	≥ 80 %	Ketua Komite mutu/tim mutu
6	Pelayanan Intensif	Input	1. Pemberi pelayanan	Sesuai kelas RS	80 %	80%	100%	100%	100%	100%	Kepala ICU
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan ruang ICU	Sesuai kelas RS dan standar ICU	70%	70%	80%	100%	100%	100%	Kepala ICU
			3. Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator	Sesuai kelas RS dan standar ICU	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	Kepala ICU
		Proses	4. Kepatuhan terhadap <i>hand hygiene</i>	100 %	80% %	90%	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala ICU
			5. Kejadian infeksi nosokomial	<9 %	<9 %	<9 %	<9 %	<9 %	<9 %	<9 %	Kepala ICU
		Output	6. Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	2%	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	Kepala ICU

		Outco me	7. 7. Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	90%	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	≥ 70 %	Tim Mutu
7	Pelayanan Radiologi	Input	1. Pemberi pelayanan radiologi	Dokter spesialis radiologi, Radiografer	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalsi Radiologi
			2. Ketersediaan fasilitas peralatan radiografi	Sesuai kelas RS	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	Ka Instalasi Radiologi
		Proses	3. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam	5 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam	Ka Instalasi Radiologi
			4. Kerusakan foto	≤ 2 %	0%	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	≤ 2 %	Ka Instalasi Radiologi
			5. Tidak terjadinya kesalahan pemberian label	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Ka Instalasi Radiologi
		Output	6. Pelaksana Ekspertisi hasil pemeriksaan radiologi	Dokter spesialis radiologi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Radiologi
		Outco me	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Tim mutu
8	Pelayanan Patologi Klinik	Input	1. Pemberi Pelayanan Laboratorium Patologi klinik	Sesuai Kelas RS	56%	65%	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	Ka Instalasi Laboratorium

			2. Fasilitas dan peralatan	Sesuai Kelas RS	80%	90%	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	Ka Instalasi Laboratorium
			3. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi klinik 4. Tidak adanya kejadian tertukar specimen 5. Kemampuan memeriksa HIV AIDS 6. Kemampuan Mikroskopis TB paru	≤120 menit	180 menit	≤120 menit	≤120 menit	≤120 menit	≤120 menit	≤120 menit	Ka Instalasi Laboratorium
				100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Laboratorium
				Tersedia tenaga, peralatan dan reagen	Tersedia	Tersedia	Terse-dia	Terse-dia	Terse-dia	Terse-dia	Komite medik/komite mutu
					Tersedia	Tersedia	Terse-dia	Terse-dia	Terse-dia	Terse-dia	Komite medik/komite mutu
		output	7. Ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	Dokter spesialis Patologi klinik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Laboratorium
			8. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Laboratorium
			9. Kesesuaian hasil pemeriksaan baku mutu eksternal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Laboratorium
		Outco me	10. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	60%	65%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	Ka Instalasi Laboratorium

9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	Input	1. Pemberi pelayanan rehabilitasi medik	Sesuai persyaratan kelas RS	0%	0%	0%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Rehab medik
			2. Fasilitas dan peralatan rehabilitasi medis	Sesuai persyaratan kelas RS	30%	30%	40%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Rehab medik
		Proses	3. Tidak adanya kejadian kesalahantindakan rehabilitasi medik	100 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Rehab medik
		Output	4. Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50%	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50 %	Ka Instalasi Rehab medik
		Outcome	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Ka Instalasi Rehab medik
10	Pelayanan Farmasi	Input	1. Pemberi pelayanan farmasi	Sesuai kelas rumah sakit	50%	80%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Farmasi
			2. Fasilitas dan peralatan pelayananfarmasi	Sesuai kelas rumah sakit	<50%	70%	90%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Farmasi
			3. Ketersediaan formularium	Tersedia dan <i>updated</i> paling	90%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Farmasi
		Proses	4. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	>60 menit	>60 menit	>60 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	Ka Instalasi Farmasi

			5. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	>100 menit	>100 menit	>100 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	Ka Instalasi Farmasi
		Output	6. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	98%	98%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Farmasi
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	<50%	60%	75%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Ka Instalasi Farmasi
11	Pelayanan Gizi	Input	1. Pemberi pelayanan gizi 2. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi	Sesuai pola ketenagaan Tersedia	50%	50%	70%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Gizi
			3. Ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	Ka Instalasi Gizi
			4. Tidak adanya kejadian kesalahan 5. pemberian diet	100 %	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Gizi/Kepala IRNA
		Output	6. Sisa makanan yang tidak dimakan oleh pasien	≤ 20 %	25%	25%	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	Ka Instalasi Gizi/Kepala IRNA
		Outco	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	70%	70%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Ka Instalasi Gizi
12	Pelayanan transfusi darah	Input	1. Tenaga penyedia pelayanan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS	0%	0%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Laboratorium

			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan bank darah rumah sakit	Sesuai standar BDRS	50%	50%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Laboratorium
		Proses	3. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01%	≤ 0,01 %	≤ 0,01%	Penanggung Jawab BDRS
		Output	4. Pemenuhan kebutuhan darah untuk pelayanan transfusi di rumah sakit	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Penanggung Jawab BDRS
		Outcome	5. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	0%	0%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Penanggung Jawab BDRS
13	Pelayanan Pasien Keluarga Miskin	Input	1. Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	tersedia	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
			2. Adanya kebijakan RS untuk pelayanan keluarga miskin	Ada	ada	ada	ada	ada	ada	ada	
		Proses	3. Waktu tunggu verifikasi kepesertaan pasien keluarga miskin	≤ 15 menit	30 menit	30 menit 100%	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	Ka IRJ/Komite Mutu/ Tim Mutu
			4. Tidak adanya biaya tambahan yang ditagihkan pada keluarga miskin	100%	100%		100%	100%	100%	100%	

		Output	5. Semua pasien keluarga miskin yang dilayani	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
		Outcome	6. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	80 %	80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Panitia Mutu
14	Pelayanan Rekam Medik	Input	1. Pemberi pelayanan Rekam	Sesuai persyaratan	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	sesuai	Ka Instalasi Rekam Medis
		Proses	3. Waktu penyediaan dokumen Rekam medik rawat jalan	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	Ka Instalasi Rekam Medis
			4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	Ka Instalasi Rekam Medis
		Output	5. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	94%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Ka Instalasi Rekam Medis/wadir pelayanan medik
			6. Kelengkapan <i>Informed Concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	78%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Ka Instalasi Rekam Medis
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Ka Instalasi Rekam Medis

15	Pengelolaan limbah	Input	1. Adanya penanggung jawab pengelola limbah rumah sakit	Adanya SK Direktur sesuai kelas RS (Permenkes No 1204 thn 2004)	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Ka Instalsi Pengelolaan limbah rumah sakit (IPLRS)
			2. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit:padat, cair	Sesuai peraturan perundangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka IPLRS
		Proses	3. Pengelolaan limbah cair	Sesuai peraturan perundangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka IPLRS
			4. Pengelolaan limbah padat	Sesuai peraturan perundangan	tdd	0%	100%	100%	100%	100%	Ka IPLRS
		Output	5. Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IPSRS
16	Administ-ra-si dan	Input	1. Kelengkapan pengisian jabatan sesuai persyaratan jabatan dalam struktur organisasi	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur rumah Sakit

	manajem en		2. Adanya peraturan internal rumahsakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Direktur rumah Sakit
			3. Adanya peraturan karyawan rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Direktur rumah Sakit
			4. Adanya daftar urutan kepangkatan karyawan	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Direktur rumah Sakit
			5. Adanya perencanaan strategi bisnis rumah sakit	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Direktur rumah Sakit
			6. Adanya perencanaan pengembangan SDM	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Direktur rumah Sakit
		Proses	7. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
			8. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka Bag Tata Usaha
			9. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ka Bag Tata Usaha
			10. Pelaksanaan rencana pengembangan SDM	≥90%	60%	60%	80%	≥90%	≥90%	≥90%	Ka Instalasi Diklat
			11. Ketepatan waktu penyusunan laporan	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	Ka Bag Keuangan

			12. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	5 jam	4 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	Ka Bag Keuangan
		Output	13. Cost recovery	≥ 60 %	80%	≥ 60 %	≥ 60%	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	Ka Bag Keuangan
			14. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah sakit
			15. Karyawan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %	50%	55%	≥60%	≥60%	≥60%	≥60%	Ka Bag Tata Usaha
			16. Ketepatan waktu pemberian insentif sesuai kesepakatan waktu	100%	60%	60%	100%	100%	100%	100%	Bagian Keuangan
17	Pelayanan Ambulans dan Mobil Jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan ambulans dan mobil jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Kepala IGD/Instansi Pemulasaraan Jenazah
			2. Penyedia pelayanan ambulans dan mobil jenazah	supir ambulans terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bidang umum

			3. Ketersediaan mobil ambulans dan mobil jenazah	Mobil Ambulans dan mobil jenazah terpisah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IGD
		Proses	4. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	60 menit	60 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	Penanggung Jawab Ambulans
			5. Waktu tanggap pelayanan ambulans kepada masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	Penanggung Jawab Ambulans
		Output	6. Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/mobil jenazah yang menyebabkan kecacatan atau kematian	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Bidang Umum
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Panitia Mutu
18	Perawatan Jenazah	Input	1. Ketersediaan pelayanan pemulasaraan jenazah	24 jam	0%	0%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Perawatan Jenazah

			2. Ketersediaan fasilitas kamar jenazah	Sesuai kelas rumah sakit	0%	0%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Perawatan Jenazah
			3. Ketersediaan tenaga di instalasi perawatan jenazah	Ada SK Direktur	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Ka Instalasi Perawatan Jenazah
		Proses	4. Waktu tanggap pelayanan Perawatan jenazah	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Perawatan Jenazah
			5. Perawatan jenazah sesuai <i>standar universal precaution</i>	100%	0 %	0%	100%	100%	100%	100%	
			6. Tidak terjadinya kesalahan identifikasi jenazah	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Ka Instalasi Perawatan Jenazah
		Outcome	7. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Panitia Mutu
19	Pelayanan laundry	Input	1. Ketersediaan pelayanan laundry	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Terse dia	Terse dia	Terse dia	Ka Instalasi Laundry
			2. Adanya Penanggung jawab pelayanan laundry	Ada SK Direktur	ada	ada	ada	ada	ada	ada	Ka Instalasi Laundry
			3. Ketersediaan fasilitas dan	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Terse dia	Terse dia	Terse dia	Ka Instalasi Laundry
		Proses	5. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan	100 %	60%	70%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Laundry

		Output	6. Ketepatan pengelolaan linen infeksius	100 %	50%	70%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Laundry
			7. Ketersediaan linen	2, 5 - 3 set x jumlah tempat tidur	60%	70%	100%	100%	100%	100%	Ka Instalasi Laundry
			8. Ketersediaan linen steril untuk kamar operasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Ka Instalasi Laundry
20	Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	Input	1. Adanya Penanggung Jawab IPSRS	SK Direktur	Ada	ada	ada	ada	ada	ada	Kepala IPSRS
			2. Ketersediaan bengkel kerja	Tersedia	70%	70%	80%	90%	100%	100%	Kepala IPSRS
		Proses	3. Waktu tanggap kerusakan alat ≤ 15 menit	≥ 80 %	55%	70%	≥ 80%	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	Kepala IPSRS
			4. Ketepatan waktu pemeliharaan alat sesuai jadwal pemeliharaan	100 %	70%	80%	90%	100%	100%	100%	Kepala IPSRS
			5. Ketepatan waktu kalibrasi alat	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala IPSRS

		Output	6. Alat ukur dan alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Kepala Instalasi Laboratorium
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi	Input	1. Adanya anggota tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%	6.67%	10%	50%	100%	100%	100%	Ketua Tim PPI
			2. Ketersediaan APD di setiap instalasi /departemen	≥75 %	40%	60%	100%	100%	100%	100%	Ketua Tim PPI
			3. Rencana program PPI	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ketua Tim PPI
		Proses	4. Pelaksanaan program PPI sesuai rencana Penggunaan APD saat melaksanakan tugas	100 % 100%	75% 50%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	100% 100%	Ketua Tim PPI Ketua Tim PP
		Output	5. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ <i>health care associated infection</i> (HAI) di rumah sakit.	≥ 75%	60%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	≥ 75%	Ketua Tim PPI
22	Pelayanan keamanan	Input	1. Petugas keamanan bersertifikat pengamanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Umum

			2. Sistem pengamanan	ada	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Bagian Umum
		Proses	3. Petugas keamanan melakukan keliling RS	Setiap jam	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Bagian Umum
			4. Evaluasi terhadap system pengamanan	Setiap 3 bulan	0%	100%	100%	100%	100%	100%	Bagian Umum
		Output	5. Tidak adanya barang milik pasien, pengunjung, karyawan yang hilang	100 %	97%	100%	100%	100%	100%	100%	Bagian Umum
		Outcome	6. kepuasan pasien	≥ 90%	70%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	Bagian Umum



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA BATU
JL. A. YANI 10 - 13 BATU

TELP. (0341) 596898 - 591076 - 591036 FAX. 596901 - 591076



KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA
Nomor :188 / 597.2 / 101.18 / 2016

TENTANG PEDOMAN ASESMEN PASIEN
RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA BATU

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA BATU,

- Menimbang : a. Bahwa sebagai Badan Layanan Umum adalah Rumah Sakit wajib memiliki Dokumen Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit (SPMRS)
- b. Bahwa sehubungan dengan poin (1) diperlukan Buku Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit Umum Husada Batu sebagai acuan di rumah sakit
- c. Bahwa agar Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit Umum Husada Batu mempunyai kekuatan hukum, perlu ditetapkan melalui Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum KarSA Husada Batu.
- d. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam a dan b, perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum KarSA Husada Batu
- Mengingat : 16. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
17. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
18. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum
19. 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);
20. 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 4585);
 21. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
 22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
 23. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
 24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit;
 25. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 26. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 32 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur,
 27. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/526/KPTS/013/2009 Tentang Penetapan 9 UPT pada Dinkes Provinsi Jawa Timur sebagai PPK BLUD Unit KerjaSurat
 28. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 821.2/1355/212/2015 tanggal 10 Agustus 2015 tentang Pengangkatan Dalam Jabatan selaku Kepala UPT Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu

M E M U T U S K A N

MENETAPKAN :

- Pertama : Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu tentang Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit Umum Husada Batu
- Kedua : Memberlakukan Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit Umum Husada Batu sebagaimana terlampir dalam lampiran keputusan ini.
- Ketiga : Standar Pelayanan Minimum di Rumah Sakit harus dibahas sekurang – kurangnya setiap 5 (lima) tahun sekali dan apabila diperlukan, dapat dilakukan perubahan sesuai dengan perkembangan yang ada.
- Keempat : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, maka akan diadakan perbaikan dan perubahan sebagaimana mestinya

DITETAPKAN DI : BATU
PADA TANGGAL : OKTOBER 2015
DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM
KARSA HUSADA BATU

Dr. TRIES ANGGRAINI, M.Kes

Pembina Tk. I

NIP. 19640620 199002 2 001



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA BATU
JL. A. YANI 10 - 13 BATU

TELP. (0341) 596898 - 591076 - 591036 FAX. 596901 - 591076



KEPUTUSAN DIREKTUR RSU KARSA HUSADA BATU
NOMOR : 800.4/ /4/ 101.18 / 2015

T E N T A N G
PENUNJUKAN TIM STANDART PELAYANAN (SPM)
RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA BATU

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA BATU,

Menimbang : a. Bahwa pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang diberikan Rumah Sakit Umum KarSA Husada Batu harus sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;

b. Bahwa sehubungan dengan poin (1) diperlukan kebijakan ketetapan Tim Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit KarSA Husada Batu sebagai acuan rumah sakit;

c. Bahwa Kebijakan Ketetapan Tim Standart Pelayanan Minimal Sakit KarSA Husada Batu agar mempunyai kekuatan hukum, perlu ditetapkan melalui Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum KarSA Husada Batu;

d. Bahwa untuk kepentingan tersebut di atas, perlu diterbitkan Keputusan direktur rumah sakit tentang ketetapan Tim Standart Pelayanan Minimal di Rumah Sakit KarSA Husada Batu

Mengingat : 29. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

30. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

31. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum

32. 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);

33. 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 4585);

34. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
35. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
36. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
37. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor: 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit;
38. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
39. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 32 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur,
40. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/526/KPTS/013/2009 Tentang Penetapan 9 UPT pada Dinkes Provinsi Jawa Timur sebagai PPK BLUD Unit KerjaSurat
41. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 821.2/1355/212/2015 tanggal 10 Agustus 2015 tentang Pengangkatan Dalam Jabatan selaku Kepala UPT Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu

M E M U T U S K A N

MENETAPKAN :

- Pertama : Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu tentang ketetapan Tim Standart Pelayanan Minimal di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu

- Kedua : Menunjuk Tim Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit Karsa Husada Batu sebagaimana terlampir dalam lampiran keputusan ini.
- Ketiga : Kebijakan ketetapan Tim Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit Karsa Husada Batu harus dibahas sekurang – kurangnya setiap 1 (satu) tahun sekali dan apabila diperlukan, dapat dilakukan perubahan sesuai dengan perkembangan yang ada.
- Keempat : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, maka akan diadakan perbaikan dan perubahan sebagaimana mestinya

DITETAPKAN DI : BATU
PADA TANGGAL : OKTOBER 2015

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM
KARSA HUSADA BATU

Dr. TRIES ANGGRAINI, M.Kes

Pembina Tk. I

NIP. 19640620 199002 2 001

Lampiran: Ketetapan Tim Standart Pelayanan Minimal
Sakit Karsa Husada

No:188.4/ /4/ 101.18/2016

URAIAN TUGAS TIM SPM SBB :

- a. Menyusun Standart Pelayanan minimal Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu .
- b. Menyusun mekanisme kerja perolehan data Standart Pelayanan minimal Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu .
- c. Menyusun Buku Standart pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu
- d. Melaksanakan koordinasi dan kolaborasi dengan Penanggung Jawab Standart Pelayanan minimal Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu di tiap Unit atau Instalasi
- e. Melaksanakan Koordinasi dengan manajemen rumah sakit
- f. Melaksanakan verifikasi data Standart Pelayanan minimal Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu

TIM SPM RSU KARSA HUSADA BATU

Penanggung Jawab : Direktur Rsu Karsa Husada Batu

Ketua : dr. Ferdinandus Stevanus Kakiay, Sp.PD, FINASIM

Sekretaris : dr. Andriyanto Wisnu Nugroho, SpOT

: Irawan wahyu T, Skep.Ns

Anggota : dr. Septina rahayu, Sp.B Digest

: Dr. Teguh Setiadi

: Ns. Sujud Priono, Mkep

: Mahfud Suryadipraja, Skep.Ns

: Septyan Wilda Gumilang, AmdKep

: Ristiana Pravitasari, SKM

: Darmuji Harsono, SH

: Wisnu Amboro, Apt, Msc

BATU, OKTOBER 2015
DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM
KARSA HUSADA BATU

Dr. TRIES ANGGRAINI, M.Kes

Pembina Tk. I

NIP. 19640620 199002 2 001