



BUPATI SUMBAWA
PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT

PERATURAN BUPATI SUMBAWA
NOMOR 38 TAHUN 2014

TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUMBAWA
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI SUMBAWA,

Menimbang : a. bahwa sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat, Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa yang memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kabupaten Sumbawa memiliki peranan strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, sehingga dituntut untuk memberikan pelayanan bermutu dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;

b. bahwa untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa sesuai standar, maka perlu disusun standar pelayanan minimal sebagai acuan Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 69 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat II dalam Wilayah Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 122, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1655);

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 beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (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 1

h 23

1 8

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 24 Tahun 2005 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4503);
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 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
11. Peraturan Daerah Kabupaten Sumbawa Nomor 4 Tahun 2008 tentang Pembentukan, Susunan, Tugas Pokok dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Sumbawa (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 4, Tambahan Lembaran Daerah Nomor 533) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Daerah Kabupaten Sumbawa Nomor 4 Tahun 2014 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Daerah Kabupaten Sumbawa Nomor 4 Tahun 2008 tentang Pembentukan, Susunan, Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Sumbawa (Lembaran Negara Nomor 4 Tahun 2014, Tambahan Lembaran Negara Nomor 615);
12. Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 30 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumbawa (Berita Daerah Kabupaten Sumbawa Tahun 2008 Nomor 30) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 22 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 30 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas, Fungsi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumbawa (Berita Daerah Kabupaten Sumbawa Tahun 2013 Nomor 22);

l/n

2

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUMBAWA.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah Kabupaten Sumbawa.
2. Bupati adalah Bupati Sumbawa.
3. Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa yang selanjutnya disebut RSUD Sumbawa adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumbawa.
4. Direktur adalah Direktur RSUD Sumbawa.
5. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD Sumbawa kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD Sumbawa kepada masyarakat.
7. SPM RSUD Sumbawa adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh RSUD Sumbawa.
8. Definisi Operasional adalah penjelasan dan pengertian tiap-tiap indikator.
9. Rencana Bisnis Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan anggaran tahunan yang berisi program, kegiatan dan target kinerja dan anggaran RSUD Sumbawa.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Penetapan SPM dimaksudkan untuk memberikan pelayanan atau kegiatan minimal yang harus dilakukan RSUD Sumbawa sebagai tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan kesehatan di RSUD Sumbawa.
- (2) Penetapan SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

l w

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR, WAKTU
PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 3

- (1) RSUD Sumbawa mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan dan peningkatan serta upaya rujukan.
- (2) Jenis pelayanan RSUD Sumbawa meliputi :
 - a. gawat darurat;
 - b. rawat jalan;
 - c. rawat inap;
 - d. bedah (bedah sentral);
 - e. persalinan, perinatalogi (kecuali rumah sakit khusus diluar rumah sakit ibu dan anak) dan keluarga berencana;
 - f. intensif;
 - g. radiologi;
 - h. laboratorium patologi klinik;
 - i. rehabilitasi medik;
 - j. farmasi;
 - k. gizi;
 - l. transfusi darah;
 - m. pelayanan masyarakat miskin;
 - n. rekam medik;
 - o. pengelolaan limbah;
 - p. administrasi dan manajemen;
 - q. ambulance/ kereta jenazah;
 - r. pemulasaraan jenazah;
 - s. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
 - t. pelayanan *laundry*; dan
 - u. pencegahan dan pengendalian infeksi.

Bagian Kedua
Standar Pelayanan Minimal, Jenis Pelayanan, Indikator, Standar dan Waktu Pencapaian, dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

Ketentuan mengenai:

- a. dokumen SPM RSUD Sumbawa sebagaimana tercantum dalam Lampiran I;
- b. uraian jenis pelayanan, indikator, standar dan waktu pencapaian SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran II; dan
- c. uraian SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran III; yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) RSUD Sumbawa wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM dalam Peraturan Bupati ini;
- (2) Direktur RSUD Sumbawa bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini;
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

BAB V PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Setiap penyusunan RBA, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD Sumbawa didasarkan pada SPM;
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD Sumbawa menyusun RBA, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD Sumbawa yang dipimpinnya berdasarkan SPM;
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan RSUD Sumbawa dilakukan oleh Bupati melalui Dewan Pengawas.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) 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;
 - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan standar kinerja pencapaian SPM;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

ky

Bagian Kedua
Pengawasan

Pasal 8

- (1) Bupati melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM yang telah ditetapkan;
- (2) Pengawasan operasional dilakukan oleh pengawas internal;
- (3) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berkedudukan langsung di bawah Direktur.

Pasal 9

- (1) Pengawas internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (2) bersama-sama jajaran manajemen RSUD Sumbawa menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal;
- (2) Pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi untuk membantu manajemen dalam pencapaian prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

Pasal 10

Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD Sumbawa dapat dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Pasal 11

Biaya pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD Sumbawa yang ditetapkan dalam RBA.

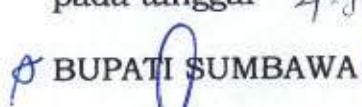
BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Sumbawa Besar
pada tanggal 4-10-2014


BUPATI SUMBAWA


JAMALUDDIN MALIK

Diundangkan di Sumbawa Besar
pada tanggal 4 juli 2014

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SUMBAWA,^o


RASIDI

BERITA DAERAH KABUPATEN SUMBAWA TAHUN 2014 NOMOR 38



LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI SUMBAWA
NOMOR TAHUN 2014
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SUMBAWA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUMBAWA

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sesuai dengan Pasal 14 ayat (1) Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, bahwa kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Daerah Kabupaten. Dalam rangka otonomi daerah, Pemerintah Daerah bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di daerah.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan 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 yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit. Pada akhirnya 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.

Sejalan dengan pesatnya kemajuan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, perlu diimbangi oleh tenaga kesehatan yang memadai dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar. Dalam melaksanakan profesionalisme pelayanan kesehatan, rumah sakit dituntut untuk menjamin peningkatan mutu pelayanan yang lebih terbuka (transparan) dan lebih bertanggung jawab (akuntabel), sehingga memberikan pelayanan yang prima, terjangkau dan sesuai standar.

Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, dan kualitas pelayanan umum serta dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan administrasi dalam penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit wajib menyusun Standar Pelayanan Minimal (SPM). Standar Pelayanan Minimal merupakan salah satu upaya untuk mendorong pemerintah daerah memberikan pelayanan atau kegiatan

minimal yang harus dilakukan rumah sakit yang bertujuan agar kebutuhan dasar masyarakat dibidang kesehatan umumnya dan pelayanan kesehatan rujukan/rumah sakit tidak terabaikan, tersedianya pelayanan yang terjangkau dan berkesinambungan, tersedianya pelayanan yang bermutu dan memenuhi standar, melindungi hak asasi masyarakat di bidang kesehatan serta sebagai akuntabilitas rumah sakit kepada pemerintah daerah.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini dimaksudkan untuk memberikan pedoman dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau rujukan, target, cara perhitungan/rumus/pembilang dan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja, dan sumber data.

C. PENGERTIAN

1. Umum

- a. Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat;
- b. Rumah Sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kurative dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2. Khusus

Definisi operasional:

- a. Instalasi pelayanan kesehatan di RSUD Sumbawa adalah unit-unit usaha strategik RSUD Sumbawa tempat diselenggarakannya kegiatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, baik pelayanan secara langsung maupun tidak langsung;
- b. Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan atau pelayanan lainnya;
- c. Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa perlu tinggal di rawat inap;
- d. Pelayanan Rawat Jalan Umum adalah pelayanan rawat jalan yang dilaksanakan di poliklinik yang ditangani oleh dokter umum, dokter gigi dan dokter asisten ahli yang ditugaskan saat itu;
- e. Pelayanan Rawat Jalan Spesialis adalah pelayanan rawat jalan yang dilaksanakan di poliklinik yang ditangani oleh dokter spesialis yang ditugaskan saat itu;
- f. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik atau

W.M

pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur di ruang rawat inap;

- g. Pelayanan Rawat Inap Dasar adalah pelayanan yang dilaksanakan di rawat inap tanpa visite dokter;
- h. Pelayanan Rawat Inap Umum adalah pelayanan yang dilaksanakan di rawat inap dengan visite dokter umum, dokter gigi dan dokter asisten ahli;
- i. Pelayanan Rawat Inap Spesialis adalah pelayanan yang dilaksanakan di rawat inap dengan visite dokter spesialis;
- j. Pelayanan rawat darurat adalah pelayanan kesehatan tingkat lanjutan yang ditujukan untuk kasus-kasus kegawat daruratan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah atau menanggulangi risiko kematian atau kecacatan;
- k. Tindakan medik operatif adalah tindakan pembedahan yang menggunakan pembiusan umum atau pembiusan lokal dan dilaksanakan di kamar operasi;
- l. Tindakan medik non-operatif adalah tindakan medik tanpa pembedahan;
- m. Pelayanan penunjang diagnostik adalah pelayanan penunjang untuk penegakan diagnosis yang antara lain dapat berupa pelayanan Laboratorium Patologi Klinik. Laboratorium Patologi Anatomi. Laboratorium Microbiologi. Radiologi Diagnostik. Elektromedik Diagnostik. Endoscopy dan tindakan/pemeriksaan penunjang diagnostik lainnya;
- n. Pelayanan rehabilitasi medik adalah pelayanan yang diberikan oleh Instalasi Rehabilitasi Medik dalam bentuk pelayanan fisioterapi, terapi okupasional, terapi wicara. ortotik/protetik dan lain-lain;
- o. Pelayanan rehabilitasi mental adalah pelayanan yang diberikan oleh Instalasi Rehabilitasi Mental dalam bentuk pelayanan psykoterapi. bimbingan sosial medik dan jasa psikologik lainnya;
- p. Pelayanan medik gigi dan mulut adalah pelayanan paripurna meliputi upaya penyembuhan dan pemulihan yang selaras dengan upaya pencegahan penyakit gigi dan mulut serta peningkatan kesehatan gigi dan mulut pada pasien di Rumah Sakit;
- q. Pelayanan farmasi adalah pelayanan pemberian obat-obatan. alat kesehatan. konsultasi obat dan pelayanan kefarmasian lainnya yang diberikan di Instalasi Farmasi;
- r. Pelayanan penunjang non-medik adalah pelayanan yang diberikan di Rumah Sakit yang secara tidak langsung berkaitan dengan pelayanan medik;
- s. Pelayanan konsultasi khusus adalah pelayanan yang diberikan dalam bentuk konsultasi psikologis. konsultasi gizi dan konsultasi khusus lainnya;
- t. Pelayanan Medico Legal adalah pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan kepentingan hukum;
- u. Pelayanan Pemulasaraan/perawatan Jenasah adalah kegiatan yang meliputi perawatan jenasah. konservasi. bedah mayat. yang dilakukan untuk kepentingan pelayanan kesehatan. pemakaman dan untuk kepentingan proses hukum;

h 11

- v. Standar pelayanan minimal adalah tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah;
- w. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat;
- x. Mutu Pelayanan adalah kinerja yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, dan pada pihak lain tata penyelenggarannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan;
- y. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO;
- z. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan;
- aa. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif / kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya;
- bb. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai;
- cc. Definisi operasional: dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator;
- dd. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator;
- ee. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan;
- ff. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja;
- gg. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja;
- hh. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai; dan
- ii. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

D. LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 69 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat II dalam Wilayah Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 122, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1655); Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

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 beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (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 24 Tahun 2005 tentang Standar Akuntansi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4503);
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 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
11. Peraturan Daerah Kabupaten Sumbawa Nomor 4 Tahun 2008 tentang Pembentukan, Susunan, Tugas Pokok dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Sumbawa (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 4, Tambahan Lembaran Daerah Nomor 533);
12. Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 30 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas, Fungsi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumbawa sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 22 Tahun 2013 tentang Perubahan Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 30 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas, Fungsi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumbawa (Berita Daerah Kabupaten Sumbawa Tahun 2013 Nomor 22).
W.M

BAB II

SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUMBAWA

Sistematika Penyusunan dokumen Standar SPM RSUD Sumbawa meliputi :

1. Pendahuluan
2. Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal
3. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
 - a. Jenis Pelayanan Rumah Sakit
 - b. Standar Pelayanan Minimal Tiap Pelayanan.
4. Penutup
5. Lampiran

BAB III

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUMBAWA

Standar Pelayanan Minimal Rumah Umum Daerah Kabupaten Sumbawa ini meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan dan uraian Standar Pelayanan Minimal.

A. Jenis-Jenis Pelayanan

Jenis – jenis pelayanan yang minimal disediakan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa meliputi :

1. Gawat Darurat;
2. Rawat Jalan;
3. Rawat Inap;
4. Bedah (Bedah Sentral);
5. Persalinan, Perinatalogi (kecuali rumah sakit khusus diluar rumah sakit ibu dan Anak) dan KB;
6. Intensif;
7. Radiologi;
8. Laboratorium Patologi Klinik;
9. Rehabilitasi Medik;
10. Farmasi;
11. Gizi;
12. Tranfusi Darah;
13. Pelayanan GAKIN;
14. Rekam Medik;
15. Pengelolaan Limbah;

13

13

16. Administrasi dan manajemen;
17. Ambulance / Kereta Jenazah;
18. Pemulasaraan Jenazah;
19. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit;
20. Pelayanan *Laundry*; dan
21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

B. Standar Pelayanan Minimal Tiap Pelayanan

Adapun Standar Pelayanan Minimal setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar adalah sebagai berikut :

STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUMBAWA

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1	2	3	4
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam
		3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat <u>yang masih berlaku</u> ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100 %
		4. Kesediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
		6. Kepuasan pelanggan	≥ 70 %
		7. Kematian pasien ≤ 24 jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %
2	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis
		2. Ketersediaan pelayanan	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit

kmv

14

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1	2	3	4
			Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah
		3. Jam buka pelayanan	07.30 s/d 14.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 07.00 - 11.00
		4. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit
		5. Kepuasan pelanggan	≥ 90 %
		6. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	a. ≥ 60% b. ≥ 60 %
3	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah
		4. Jam Visite Dokter Spesialis	07.30 s/d 14.00 setiap hari kerja
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %
		6. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakhir kecacatan / kematian	100 %
		8. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %
		9. Kejadian pulang Paksa	≤ 5 %
		10. Kepuasan pelanggan	≥ 90 %
		11. Rawat inap TB : a. Penegakan Dianogsis TB melalui	

lun

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1	2	3	4
		pemeriksaan mikroskopis TB. b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	a. $\geq 60\%$ b. $\geq 60\%$
		12. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, Gangguan psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik
		13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%
		14. Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100%
		15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu
4	Bedah Sentral (Bedah saja)	1. Waktu tunggu operasi elektif 2. Kejadian Kematian di meja operasi 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing / lain pada tubuh pasien setelah operasi. 7. Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, dan salah penempatan endotracheal tube.	≤ 2 hari $\leq 1\%$ 100 % 100 % 100 % 100 % $\leq 6\%$
5	Persalinan, Perinatalogi (kecuali rumah sakit khusus diluar rumah sakit ibu dan Anak) dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan 2. Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre - Eklamsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$ a. Dokter Sp.OG b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan)

l. 21

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1	2	3	4
		3. Pemberi pelayanan dengan persalinan penyulit	Normal) c. Bidan
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	100%
		6. Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria 7. Keluarga Berencana : a. Persentase KB (Vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp.OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dokter umum terlatih. b. Persentase peserta KB mantap yang mendapatkan konseling KB mantap oleh bidan terlatih.	$\leq 20\%$ a.100% b.100%
		8. Kepuasan Pelanggan	$\geq 80\%$
6	Intensif	1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	$\leq 3\%$
		2. Pemberi pelayanan Unit intensif	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/setara (D4)
7	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto.	≤ 3 jam
		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Spesialis Radiologi

l. 31

17

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1	2	3	4
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto $\leq 2\%$
		4. Kepuasan pelanggan.	$\geq 80\%$
8	Laboratorium Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin.
		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Spesialis Patologi Klinik
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium.	100 %
		4. Kepuasan pelanggan.	$\geq 80\%$
9	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	$\leq 50\%$
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %
		3. Kepuasan pelanggan.	$\geq 80\%$
10	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Obat Racikan	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit
		2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat.	100%
		3. Kepuasan pelanggan	$\geq 80\%$
		4. Penulisan resep sesuai formularium	100 %
11	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	$\geq 90\%$
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien.	$\leq 20\%$
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %
12	Tranfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi	100 % terpenuhi
		2. Kejadian reaksi tranfusi	$\leq 0,01\%$
13	Pelayanan GAKIN	1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani

WNY

18

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1	2	3	4
14	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
		2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas.	100%
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat Inap	≤ 15 menit
15	Pengelolaan Limbah	1. Buku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/1 b. COD < 80 mg/1 c. TSS < mg/1 d. PH 6-9
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan.	100 %
16	Administrasi dan manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %
		4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100 %
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun.	≥ 60 %
		6. Cost recovery	≥ 40 %
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %
17	Ambulance/ Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah	24 jam
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit

l. 31

19

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1	2	3	4
		3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	Sesuai ketentuan daerah ???
18	Pemulasaraan Jenazah	1. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	\leq 2 jam
19	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	\leq 80 %
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang di gunakan yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %
20	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota tim PPI yang terlatih	\geq 75 %
		2. Tersedia APD disetiap instalasi / departement	\geq 60 %
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (health care associated infections) di rumah sakit (minimum 1 parameter)	\geq 75 %

Waktu pencapaian SPM masing-masing jenis pelayanan adalah pada Lampiran II dan Uraian Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD masing-masing jenis pelayanan adalah pada lampiran III.

BAB III PENUTUP

Secara makro, Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan pada hakekatnya merupakan bentuk-bentuk pelayanan kesehatan yang selama ini telah dilaksanakan oleh unit-unit pelaksana pelayanan kesehatan. Sebagai bagian dari penjaminan pelayanan kesehatan, Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa ini pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan dengan standar kinerja yang ditetapkan. Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal adalah mempertimbangkan kondisi yang terkait dengan sumber daya yang dimiliki

sehingga pentahapan pencapaian SPM disesuai dengan kondisi/perkembangan kapasitas yang dimiliki. Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran.

Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan Minimal di rumah sakit. SPM ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Standar Pelayanan Minimal di RSUD Sumbawa bertujuan meningkatkan kualitas pelayanan, mengoptimalkan sumberdaya, sarana maupun prasarana. Dalam jangka panjang diharapkan pelayanan di RSUD Sumbawa yang selama ini telah berlangsung dapat ditingkatkan dan menjadikan Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa sebagai pilihan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan..

Hal-hal lain yang belum tercantum dalam dokumen SPM ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

BUPATI SUMBAWA,

JAMALUDDIN MALIK

LAMPIRAN II
PERATURAN BUPATI SUMBAWA
NOMOR 38 TAHUN 2014
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SUMBAWA

**JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR DAN WAKTU PENCAPAIAN STANDAR
PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN SUMBAWA**

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	WAKTU PENCAPAIAN
1	2	3	4	5
1	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%	2014
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	2014
		3. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat <u>yang masih berlaku</u> ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	100 %	2016
		4. Kesediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	2014
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang	2014
		6. Kepuasan pelanggan	≥ 70 %	2014
		7. Kematian pasien ≤ 24 jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	2014
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %	2014
2	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100% Dokter Spesialis	2014
		2. Ketersediaan pelayanan	e. Klinik Anak a. Klinik	2014

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	WAKTU PENCAPAIAN
1	2	3	4	5
			Penyakit Dalam b. Klinik Kebidanan c. Klinik Bedah	
		3. Jam buka pelayanan	07.30 s/d 14.00 Setiap hari kerja kecuali Jum'at : 07.00 - 11.00	2014
		4. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	2014
		5. Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	2014
		6. c. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB d. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	a. ≥ 60% b. ≥ 60 %	2014
3	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3	2014
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %	2014
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	2014
		4. Jam Visite Dokter Spesialis	07.30 s/d 14.00 setiap hari kerja	2014
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	2016
		6. Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %	2016
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakhir kecacatan / kematian	100 %	2014

h y

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	WAKTU PENCAPAIAN
1	2	3	4	5
		8. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24 %	2014
		9. Kejadian pulang Paksa	≤ 5 %	2014
		10. Kepuasan pelanggan	≥ 90 %	2016
		11. Rawat inap TB :		2014
		c. Penegakan Dianogsis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB,	≥ 60 %	2014
		d. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	≥ 60 %	
		12. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	NAPZA, Gangguan psikotik, Gangguan Nerotik, dan Gangguan Mental Organik	2016
		13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	100%	2014
		14. Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	100%	2014
		15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	≤ 6 minggu	2014
4	Bedah Sentral (Bedah saja)	1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	2014
		2. Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %	2014
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	2014
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	2014
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	2014
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing / lain pada tubuh pasien setelah operasi.	100 %	2014

lky

24

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	WAKTU PENCAPAIAN
1	2	3	4	5
		7. Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi, dan salah penempatan endotracheal tube.	≤ 6 %	2014
5	Persalinan, Perinatalogi (kecuali rumah sakit khusus diluar rumah sakit ibu dan Anak) dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan $n \leq 1 \%$ b. Pre - Eklamsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2 \%$	2014
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	2014
		3. Pemberi pelayanan dengan persalinan penyulit	Tim PONEK yang terlatih.	2014
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	2014
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr	100%	2014
		6. Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %	2014
		7. Keluarga Berencana : c. Persentase KB (Vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp.OG, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dokter umum terlatih. d. Persentase peserta KB mantap yang mendapatkan konseling KB mantap oleh bidan terlatih.	a. 100% b. 100%	2014
		8. Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %	2014

l. 31

25

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	WAKTU PENCAPAIAN
1	2	3	4	5
6	Intensif	1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	2014
		2. Pemberi pelayanan Unit intensif	a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang di tangani b. 100 % perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/setara (D4)	2014
7	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto.	≤ 3 jam	2014
		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Spesialis Radiologi	2014
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2%	2014
		4. Kepuasan pelanggan.	≥ 80 %	2014
8	Laboratorium Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin.	2014
		2. Pelaksana ekspertisi	Dokter Spesialis Patologi Klinik	2016
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium.	100 %	2014
		4. Kepuasan pelanggan.	≥ 80 %	2014
9	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50 %	2014

h/s/

26

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	WAKTU PENCAPAIAN
1	2	3	4	5
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %	2014
		3. Kepuasan pelanggan.	$\geq 80 \%$	2014
10	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan c. Obat jadi d. Obat Racikan	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit	2014
		2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat.	100%	2014
		3. Kepuasan pelanggan	$\geq 80 \%$	2014
		4. Penulisan resep sesuai formularium	100 %	2014
11	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	$\geq 90 \%$	2014
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien.	$\leq 20\%$	2014
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %	2014
12	Tranfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % terpenuhi	2014
		2. Kejadian reaksi transfusi	$\leq 0,01 \%$	2014
13	Pelayanan GAKIN	1. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	2014
		2. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	2014
		2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas.	100%	2014
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	2014
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat Inap	≤ 15 menit	2014

km

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	WAKTU PENCAPAIAN
1	2	3	4	5
15	Pengelolaan Limbah	1. Buku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/1 b. COD < 80 mg/1 c. TSS < mg/1 d. PH 6-9	2014
		2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan.	100 %	2014
16	Administrasi dan manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %	2014
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	2014
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	2014
		4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100 %	2014
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun.	≥ 60 %	2014
		6. Cost recovery	≥ 40 %	2014
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	2014
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	2014
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %	2014
17	Ambulance/ Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah	24 jam	2014
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit	2014
		3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	≤ 30 menit	2014
18	Pemulasaraan Jenazah	1. Waktu tanggap (response time) pelayanan	≤ 2 jam	2014

kuv

No	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR	WAKTU PENCAPAIAN
1	2	3	4	5
		pemulasaraan jenazah		
19	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang di gunakan yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	≤ 80 % 100 % 100 %	2014 2014 2014
20	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 % 100 %	2014 2014
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota tim PPI yang terlatih 2. Tersedia APD disetiap instalasi / departement 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (health care associated infections) di rumah sakit (minimum 1 parameter)	≥ 75 % ≥ 60 % ≥ 75 %	2014 2014 2014

BUPATI SUMBAWA,

JAMALUDDIN MALIK

LAMPIRAN III
PERATURAN BUPATI SUMBAWA
NOMOR 38 TAHUN 2014
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SUMBAWA

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

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

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali

631

30

Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat
BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu - waktu

l. 31

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

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

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan

Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (minimal $n = 50$)
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 70\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam (khusus untuk rumah sakit dengan pelayanan jiwa)

Judul	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa

Definisi Operasional	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

9. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

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

14

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

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

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan

W31

35 ✓

	spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

3. Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal <ul style="list-style-type: none"> a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

4. Jam buka pelayanan

Judul	Jam buka pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit

Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 07.30 s.d. 14.00 setiap hari kerja kecuali jum'at : 07.00 s.d. 11.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

5. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 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	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

km

6. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	Survey
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan / tim mutu/panitia mutu

7. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

h.m1

7.b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan rawat inap

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

hast

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

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

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

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

Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

4. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 07.30 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di

lun

	rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi 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	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

l

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

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 0,24\% \leq 2,4/1000$ (internasional) (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)

WY

Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu
-----------------------------------	----------------------------

9. Kejadian pulang paksa

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

10. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei

10.3

44

Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

11. a. Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat inap

11.b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan

l. n. 1

45

Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

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

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

13. Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri

Judul	Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif

13

Definisi Operasional	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

14. Kejadian (*re-admision*) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan

Judul	Kejadian (<i>re-admision</i>) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu ≤ 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

14.1

15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa

Judul	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah rerata perawatan pasien gangguan jiwa 6 minggu
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 minggu
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

IV. BEDAH (BEDAH SENTRAL)

1. Waktu tunggu operasi elektif

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

h. 131

2. Kejadian kematian dimeja operasi

Judul	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
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

hsl

49

Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

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

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

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

lks

Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

V. PERSALINAN, PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DI LUAR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK) DAN KB

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan</p>

	<p>kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati - Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>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, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan < 1% pre-eklampsia < 30%, sepsis < 0,2%
Penanggung jawab	Komite medik

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

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

Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

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

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

l 31

Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

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

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien.
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab	Komite mutu

7. Keluarga Berencana

7.a. Presentase KB (vasektomi dan tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.Umum terlatih

Judul	Presentase KB (vasektomi dan tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.Umum terlatih
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.Umum terlatih
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

7.b. Konseling KB Mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan

	pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

8. Kepuasan Pelanggan

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

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali keperawatan 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 1 bulan.
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 3%
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat

	yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

VII. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien 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 thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber data	rekam medis
Standar	< 3 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

2. Pelaksana ekspertisi

Judul	Pelaksana ekspertisi
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 rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter

h 41

	yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

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

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas

	oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

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

2. Pelaksana ekspertisi

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

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium

km

	dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

4. Kepuasan pelanggan

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

IX. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan

l. 31

Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 50\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

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

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas

	oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitas medik.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

X. FARMASI

1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

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

131

1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

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

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 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

l. 31

Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

3. Kepuasan Pelanggan

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

4. Penulisan resep sesuai formularium

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

Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

XI. Gizi

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 90\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

l n v

Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

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

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.

WYK

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

2. Kejadian reaksi transfusi

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

l 31

XIII. PELAYANAN GAKIN

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

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

XIV. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap

lkt

718

Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

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

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan

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

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

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

lxxv



Standar	Rerata ≤ 15 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

XV. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku mutu limbah cair

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

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit

100%

	<p>dan/atau dapat mencederai, antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan <p>Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku</p>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

XVI. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.

h 31

77

	tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

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

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

XVII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

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

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

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan

	ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi mutu	Kecepatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya ketanggungan rumah sakit dalam menyediakan ambulance bagi masyarakat yang membutuhkan
Definisi operasional	Response time pelayanan ambulance adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance diajukan oleh masyarakat yang membutuhkan sampai tersedianya ambulance.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	Penanggungjawab ambulance

XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan

luk

	jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

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

191

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

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

1. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang lain yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

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

Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

XX. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

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

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

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

h y

Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Ada Tim PPI yang terlatih

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

2. Tersedianya Koordinasi APD di setiap instalasi/departemen

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

Sumber data	Survey
Standar	60%
Penanggung jawab	Tim PPI

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

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

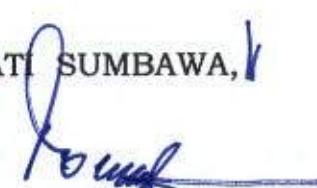
Keterangan :

ILO : Infeksi Luka Operasi

ILI : Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonie

ISK : Infeksi Saluran Kemih

P BUPATI SUMBAWA,

 JAMALUDDIN MALIK