



KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.01.07/MENKES/2191/2023
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT dr. JOHANNES LEIMENA AMBON

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa Rumah Sakit Umum Pusat dr. Johannes Leimena Ambon merupakan unit pelaksana teknis Kementerian Kesehatan yang memiliki tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan sehingga perlu memiliki standar pelayanan minimal sebagai acuan dalam pemberian pelayanan kepada masyarakat;
- b. bahwa penyusunan standar pelayanan minimal Rumah Sakit Umum Pusat dr. Johannes Leimena Ambon juga diperlukan dalam rangka memenuhi persyaratan administratif agar dapat ditetapkan sebagai satuan kerja yang menerapkan pola pengelolaan keuangan badan layanan umum;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, serta untuk melaksanakan ketentuan sebagaimana diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman

Pengelolaan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202/PMK.05/2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Pusat dr. Johannes Leimena Ambon;

- Mengingat
1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
 2. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
 3. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
 4. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1046) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 202/PMK.05/2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1300);

5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 964) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2023 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 504);
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM PUSAT dr. JOHANNES LEIMENA AMBON.

KESATU : Menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Pusat dr. Johannes Leimena Ambon sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Menteri ini.

KEDUA : Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Pusat dr. Johannes Leimena Ambon sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU menjadi acuan bagi Rumah Sakit Umum Pusat dr. Johannes Leimena Ambon untuk memenuhi persyaratan administratif untuk ditetapkan sebagai satuan kerja yang akan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) dan dalam rangka penjaminan mutu pelayanan yang diperoleh masyarakat sebagai pengguna jasa.

- KETIGA : Menteri melalui Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan melaksanakan pemantauan dan evaluasi terhadap pelaksanaan standar pelayanan minimal Rumah Sakit Umum Pusat dr. Johannes Leimena Ambon sesuai dengan kewenangan dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- KEEMPAT : Keputusan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 21 Desember 2023

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Indah Pebrianti, S.H., M.H.
NIP 197802122003122003

LAMPIRAN
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR HK.01.07/MENKES/2191/2023
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH
SAKIT UMUM PUSAT dr. JOHANNES
LEIMENA AMBON

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM PUSAT
dr. JOHANNES LEIMENA AMBON

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) dr. Johannes Leimena Ambon sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) yang berada di bawah Kementerian Kesehatan dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan, memiliki tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan.

Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan 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 kompleks seperti jenis tenaga medis dan tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, harus berinteraksi satu sama lain dan berkolaborasi dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang optimal, berkualitas, dan bermutu standar.

Mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, indikator Standar Pelayanan Minimal merupakan tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan

besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu Standar Pelayanan Minimal tertentu.

Sebagai upaya memberikan pelayanan dalam penyelenggaraan tugas dan fungsinya dalam bidang kesehatan, maka RSUP Dr. Johannes Leimena menyusun Standar Pelayanan Minimal untuk menjamin mutu serta meningkatkan pelayanan kepada masyarakat umum dan sivitas hospitalia. Selain itu, Standar Pelayanan Minimal ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan administratif bagi RSUP dr. Johannes Leimena Ambon untuk dapat ditetapkan sebagai satuan kerja yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) sebagaimana diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.

B. Tujuan Strategis, Misi, dan Strategi Pencapaian

1. Tujuan Strategis

Menjadi Rumah Sakit Kemaritiman Berbasis Teknologi Informasi yang Terintegrasi, Bermutu, dan Terjangkau di Indonesia Bagian Timur.

2. Misi

- a. Melaksanakan pelayanan kesehatan yang terintegrasi, bermutu dan terjangkau di Indonesia bagian timur.
- b. Menjadi wahana pendidikan dan pelatihan yang berkualitas bagi peserta didik dan peserta latihan.
- c. Mengembangkan sumber daya manusia bidang kesehatan yang berkompetensi dan berkinerja.
- d. Menjadi pusat riset dan pengembangan teknologi kesehatan kemaritiman.
- e. Menumbuh kembangkan sistem informasi rumah sakit yang handal.
- f. Membangun jejaring dengan stakeholders kesehatan lainnya di dalam dan luar negeri.

3. Strategi Pencapaian

Strategi yang dilakukan oleh RSUP dr. Johannes Leimena Ambon untuk mencapai sasaran strategis, misi, nilai instansi adalah dengan melakukan pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit yang berkualitas, menyediakan kelengkapan sarana dan prasarana untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan yang paripurna, penelitian yang berkualitas baik, bermutu, dan profesional.

Selain itu, RSUP dr. Johannes Leimena Ambon menjalin kerja sama dalam lingkup regional, nasional, dan internasional sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, meningkatkan kompetensi sumber daya manusia dan agar pelayanan yang ada di RSUP dr. Johannes Leimena Ambon sesuai dengan standar yang berlaku. Hal ini dilakukan demi menjamin mutu dan keselamatan pasien. Seluruh hal tersebut merupakan usaha untuk mewujudkan RSUP dr. Johannes Leimena sebagai rumah sakit dengan pelayanan paripurna, unggul, dan berdaya saing.

C. Tujuan Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal

Standar pelayanan minimal rumah sakit ini dimaksudkan agar tersedianya panduan dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit. Standar pelayanan minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan, target nasional, cara perhitungan/rumus/pembilangan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja dan sumber data.

D. Daftar Istilah

1. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
2. Mutu Pelayanan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
3. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan kenyamanan, kesinambungan pelayanan kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar *World Health Organization* (WHO).

4. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
5. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
6. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
7. Definisi Operasional adalah penjelasan atas pengertian dari indikator.
8. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
9. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap Indikator Kinerja yang dikumpulkan.
10. Pembilang (Numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus Indikator Kinerja.
11. Penyebut (Denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus Indikator Kinerja.
12. Standar adalah nilai atau ukuran pencapaian mutu/kinerja yang telah ditetapkan yang harus bisa dicapai.
13. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II

PENGHITUNGAN CAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Pusat dr. Johannes Leimena Ambon yaitu:

A. Pelayanan Gawat Darurat

1. Standar Kemampuan Menangani *Lifesaving* Anak dan Dewasa

Lifesaving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan *airway, breathing, circulation*.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di IGD}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan live saving di IGD}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tercapainya standar kemampuan menangani *live saving* ditunjukkan dengan hasil pengukuran bernilai 100%.

2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Jam buka 24 (dua puluh empat) jam adalah Instalasi Gawat Darurat (IGD) selalu siap memberikan pelayanan selama 24 (dua puluh empat) jam penuh.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan}}{\text{Jumlah hari dalam satu bulan}}$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Semakin besar angka yang diperoleh atau semakin mendekati 24 (dua puluh empat) jam menunjukkan kualitas kemampuan jam buka pelayanan gawat darurat semakin baik.

3. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/ PPGD/GELS/ALS.

- a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah tenaga yang bersertifikat}}{\text{Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan}} \times 100\%$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Kualitas pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat memenuhi standar apabila hasil pengukuran bernilai 100%.

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu.

- a. Pengukuran kinerja:

$$\text{Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit}$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Ketersediaan tim penanggulangan bencana menunjukkan keberhasilan standar ketersediaan tim penanggulangan bencana.

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat

Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit).

- a. Pengukuran kinerja:

$$\text{Waktu tanggap pelayanan dokter (menit)}$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Apabila waktu yang dibutuhkan oleh dokter untuk melayani pasien sejak pasien datang adalah 5 (lima) menit atau kurang dari itu, maka waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat tergolong baik.

6. Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat

Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.

- a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvei}}{\text{Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (n} \geq 50)} \times 100\%$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Apabila hasil dari pengukuran kepuasan pelanggan pada gawat darurat adalah 70% atau lebih, maka pelayanan gawat darurat mampu memberikan kepuasan pada pelanggan.

7. Kematian Pasien \leq 24 Jam Di Gawat Darurat

Kematian \leq 24 (dua puluh empat) jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 (dua puluh empat) jam sejak pasien datang.

- a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang meninggal dalam periode} \leq 24 \text{ jam sejak pasien datang}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat}} \times 100\%$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Apabila hasil pengukuran angka kematian pasien \leq 24 (dua puluh empat) jam sebesar 0,2% atau lebih kecil, maka pelayanan tergolong efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.

8. Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka

Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan.

- a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat}} \times 100\%$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Pelayanan gawat darurat yang terselenggara semakin mudah untuk diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat ditunjukkan dengan hasil pengukuran bernilai 100%.

B. Pelayanan Rawat Jalan

1. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu 1 bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Ketersediaan pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten ditunjukkan dengan hasil pengukuran bernilai 100%.

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit.

a. Pengukuran kinerja:

Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Semakin berkualitas pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada, khususnya pada pelayanan minimal yaitu kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah, maka ketersediaan pelayanan rawat jalan semakin baik.

3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 sampai dengan 16.00 WIT setiap hari kerja kecuali pada hari Jum'at 08.00 sampai dengan 16.30 WIT.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialis pada hari kerja di rumah sakit tergolong memenuhi standar apabila 100 % waktu pelayanan dimulai pukul 08.00 sampai dengan 16.00 WIT setiap hari kerja kecuali hari Jum'at pukul 08.00 sampai dengan 16.30 WIT.

4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Waktu tunggu pelayanan rawat jalan adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei}}$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Waktu tunggu pelayanan rawat jalan tergolong memenuhi standar apabila pengukuran kinerjanya menunjukkan hasil kurang dari atau sama dengan 60 (enam puluh) menit.

5. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (n} \geq 50)} 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Apabila hasil perhitungan standar kepuasan pelanggan rawat jalan 90% atau lebih, maka pelayanan rawat jalan tergolong mampu memberikan kepuasan pada pelanggan.

6. Pasien Rawat Jalan *Tuberculosis* yang Ditangani dengan Strategi DOTS

Pelayanan rawat jalan *tuberculosis* dengan strategi DOTS adalah pelayanan *tuberculosis* dengan 5 strategi penanggulangan *tuberculosis* nasional. Penegakan diagnosis dan *follow up* pengobatan pasien *tuberculosis* harus melalui pemeriksaan mikroskopis *tuberculosis*, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti *tuberculosis* yang sesuai dengan standar penanggulangan *tuberculosis* nasional, dan semua pasien *tuberculosis* yang diobati dan dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional.

a. Pengukuran Kinerja

$$\frac{\text{Jumlah semua pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan TB yang ditangani di RS dalam waktu 3 Bln}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja

Indikator pasien rawat jalan *tuberculosis* yang ditangani dengan strategi DOTS memenuhi standar apabila hasil pengukuran menunjukkan nilai 100%.

C. Pelayanan Rawat Inap

1. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3).

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan}}{\text{Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten tergolong memenuhi standar apabila hasil pengukuran yang didapat sebesar 100%.

2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien.

- a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan ditunjukkan dengan hasil pengukuran kinerja bernilai 100%.

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit.

- a. Pengukuran kinerja:

Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Semakin berkualitas pelayanan rawat inap yang ada khususnya berkaitan dengan pelayanan minimal yaitu kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah, maka ketersediaan pelayanan rawat inap semakin baik.

4. Jam Visite Dokter Spesialis

Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 06.00 sampai dengan 14.00 WIT.

- a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah visite dokter spesialis antara jam 06.00 – 14.00 WIT yang disurvei}}{\text{Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei}} \times 100\%$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tergambarnya kepedulian tenaga medik terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan ditunjukkan melalui hasil pengukuran jam visite dokter spesialis sebesar 100% dilaksanakan pada pukul 06.00 sampai dengan 14.00 WIT.

5. Kejadian Infeksi Pascaoperasi

Infeksi pascaoperasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (*color*), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang ada dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pascaoperasi yang bersih sesuai standar ditunjukkan oleh hasil pengukuran kejadian infeksi pasca operasi tidak lebih besar dari 1,5%.

6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien rawat inap dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Berhasilnya pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit ditunjukkan oleh hasil pengukuran angka kejadian infeksi nosokomial tidak lebih besar dari 1,5%.

7. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/Kematian

Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dan sebagainya, yang berakibat kecacatan atau kematian.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut} - \text{jumlah pasien jatuh berakibat kecacatan/kematian}}{\text{Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien ditunjukkan dengan hasil pengukuran tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian sebesar 100%.

8. Kematian Pasien > 48 Jam

Kematian pasien > 48 (empat puluh delapan) jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 (empat puluh delapan) jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap} > 48 \text{ jam dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman efektif dapat dilihat dari pengukuran standar kematian pasien > 48 (empat puluh delapan) jam tidak lebih dari 0,24% atau 2,4/1000.

9. Kejadian Pulang Paksa/Atas Permintaan Sendiri (APS)

Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien pulang paksa/APS dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit ditunjukkan dengan nilai standar kejadian pulang paksa atau APS tidak lebih besar dari 5%. Semakin kecil hasil pengukuran, maka semakin baik.

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam persen)}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei (n} \geq 50)} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Terselenggaranya persepsi kepuasan pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap ditunjukkan dengan hasil pengukuran kepuasan sebesar 90% atau lebih.

11. Pasien Rawat Inap *Tuberculosis* yang Ditangani dengan Strategi DOTS

Pelayanan rawat inap *tuberculosis* dengan strategi DOTS adalah pelayanan *tuberculosis* dengan 5 strategi penanggulangan *tuberculosis* nasional. Penegakan diagnosis dan *follow up* pengobatan pasien *tuberculosis* harus melalui pemeriksaan mikroskopis *tuberculosis*, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti *tuberculosis* yang sesuai dengan standar penanggulangan *tuberculosis* nasional, dan semua pasien *tuberculosis* yang diobati dan dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional.

a. Pengukuran Kinerja

$$\frac{\text{Jumlah semua pasien inap jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap TB yang ditangani di RS dalam waktu 3 Bln}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja

Indikator pasien rawat inap *tuberculosis* yang ditangani dengan strategi DOTS memenuhi standar apabila hasil pengukuran menunjukkan nilai 100%.

D. Pelayanan Bedah Sentral

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan}}$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tergambarnya kecepatan penanganan antrean pelayanan bedah ditunjukkan dengan pengukuran standar waktu tunggu operasi elektif kurang dari atau sama dengan 2 (dua) hari. Semakin singkat waktu tunggu operasi elektif, maka semakin baik.

2. Kejadian Kematian di Meja Operasi

Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan pembedahan.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Kejadian kematian di meja operasi tergolong memenuhi standar apabila hasil pengukuran yang diperoleh tidak lebih besar dari 1%. Semakin kecil nilainya, maka semakin tergambar efektivitas pelayanan bedah sentral dan anastesi, serta kepedulian terhadap keselamatan pasien.

3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian di mana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan} - \text{jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Adanya kepedulian dan ketelitian Instalasi Bedah Sentral terhadap keselamatan pasien ditunjukkan dengan tidak adanya kejadian operasi salah sisi. Indikator keberhasilan ditunjukkan dengan nilai pengukuran sebesar 100%.

4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Kejadian operasi salah orang adalah kejadian di mana pasien dioperasi pada orang yang salah.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan} - \text{jumlah operasi salah orang dalam waktu 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan dioperasi pembedahan dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tergambarnya kepedulian dan ketelitian Instalasi Bedah Sentral terhadap keselamatan pasien ditunjukkan dengan tidak adanya kejadian operasi salah orang sesuai. Semakin tinggi hasil pengukuran mendekati 100%, maka pelayanan semakin baik.

5. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan} - \text{jumlah operasi salah tindakan dalam waktu 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan dioperasi dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan rencana tindakan operasi yang telah ditetapkan dapat ditunjukkan dengan terpenuhinya standar tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi. Semakin tinggi hasil pengukuran mendekati 100%, maka pelayanan semakin baik.

6. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian di mana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan. Kejadian ini adalah salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan.

a. Pengukuran kinerja

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan} - \text{jumlah operasi salah tindakan dalam waktu 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan dioperasi dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Semakin tinggi nilai pengukuran hingga mencapai 100%, maka standar tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi semakin baik.

7. Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anantesi, dan Salah Penempatan *Endotracheal Tube*

Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan *endotracheal tube*

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam waktu 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan dioperasi dalam waktu 1 bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung dapat ditunjukkan melalui nilai pengukuran standar ini. Hasil pengukuran komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anantesi, dan salah penempatan *endotracheal tube* sesuai standar adalah tidak lebih besar dari 6%. Semakin kecil nilainya, maka semakin baik.

E. Pelayanan Persalinan, Perinatologi, dan Keluarga Berencana

1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre-eklamsia, eklamsia, partus lama, dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklamsia dan eklamsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua dengan tiga tanda antara lain tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg, protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitatif, dan udem tungkai. Eklamsia adalah tanda pre eklamsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre eklamsia atau eklamsia, sepsis}}{\text{Jumlah pasien – pasien persalinan dengan perdarahan, pre eklamsia atau eklamsia, sepsis}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Capaian standar kejadian kematian ibu karena persalinan karena perdarahan tidak lebih besar dari 1%, pre-eklamsia tidak lebih besar dari 30%, dan sepsis tidak lebih besar dari 0,2%.

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter spesialis obstetri dan ginekologi (Sp.OG), dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal), dan bidan.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih, dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal}}{\text{Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten ditunjukkan dengan nilai pengukuran pemberi pelayanan persalinan normal sebesar 100%.

3. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Esensial/Emergensi Komperhensif) yang terdiri dari dokter spesialis obstetri dan ginekologi (Sp.OG), dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).

a. Pengukuran kinerja:

Tersedianya Tim PONEK yang terlatih yang terdiri dari dokter Sp.OG, dokter umum, bidan atau perawat terlatih

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit ditandai dengan tersedianya pelayanan oleh tenaga yang kompeten dalam Tim PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Esensial/Emergensi Komperhensif) yang terdiri dari dokter spesialis obstetri dan ginekologi (Sp.OG), dokter umum, dan bidan (perawat yang terlatih).

4. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter spesialis obstetri dan ginekologi (Sp.OG), dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter Sp. A, dokter Sp. An yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi}}{\text{Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten ditunjukkan dengan hasil pengukuran sebesar 100%.

5. Kemampuan Menangani BBLR 1500 Gr – 2500 Gr

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 – 2500 gram.

- a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah BBLR 1500 – 2500gr yang berhasil ditangani}}{\text{Jumlah seluruh BBLR 1500 – 2500gr yang ditangani}} \times 100\%$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR ditunjukkan dengan hasil pengukuran sebesar 100%.

6. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.

- a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisiensi ditunjukkan oleh hasil pengukuran tidak lebih besar dari 20%. Semakin kecil nilainya, maka standar pertolongan persalinan melalui seksio cesaria semakin baik.

7. Keluarga Berencana

Keluarga berencana (KB) yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten.

- a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pelayanan KB mantap}}{\text{Jumlah peserta KB}} \times 100\%$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tersedianya pelayanan keluarga berencana di rumah sakit ditunjukkan oleh hasil pengukuran pelayanan keluarga berencana (KB) mantap sebesar 100%.

8. Konseling Keluarga Berencana Mantap

Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan keluarga berencana (KB) mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.

- a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah konseling layanan KB mantap}}{\text{Jumlah peserta KB mantap}} \times 100\%$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Hasil pengukuran sesuai standar apabila bernilai 100%.

9. Kepuasan Pelanggan

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.

- a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam persen)}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei (n \geq 50)}} \times 100\%$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Terselenggaranya persepsi kepuasan pelanggan terhadap mutu pelayanan persalinan ditunjukkan dengan hasil pengukuran kepuasan sebesar 80% atau lebih.

F. Pelayanan Intensif

1. Rata-Rata Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama < 72 Jam

Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 (tujuh puluh dua) jam.

- a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif ditandai dengan hasil pengukuran tidak lebih besar dari 3%. Semakin kecil nilainya, maka keberhasilan perawatan intensif semakin baik.

2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Pemberi pelayanan intensif adalah dokter spesialis anestesi (Sp.An) dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah dokter Sp.An dan spesialis lain yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU atau setara yang melayani pelayanan perawat intensif}}{\text{Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif}} \times 100\%$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten ditunjukkan dengan hasil pengukuran sebesar 100%.

G. Pelayanan Radiologi

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.

a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah lah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut}}$$

b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tercapaiannya pengukuran waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto pada pelayanan radiologi adalah tidak lebih dari 3 (tiga) jam. Semakin kecil nilainya maka semakin baik.

2. Pelaksanaan Ekspertisi Hasil Pemeriksaan

Pelaksana ekspertisi *rontgen* adalah dokter spesialis radiologi (Sp.Rad) yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto *rontgen*/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkanannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.

- a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter radiologi selama 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Pembacaan ekspertisi dikatakan memenuhi standar apabila hasil pengukuran bernilai 100%.

3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Kegagalan pelayanan *rontgen* adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca.

- a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan}} \times 100\%$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tercapainya standar ini adalah apabila hasil pengukuran tidak lebih besar dari 2%. Semakin kecil nilainya, maka semakin baik efektivitas dan efisiensi pelayanan rontgen.

4. Kepuasan Pelanggan

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi.

- a. Pengukuran kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei (n ≥ 50)}}$$

- b. Indikator keberhasilan kinerja:

Tergambarnya persepsi kepuasan pelanggan terhadap mutu pelayanan radiologi ditunjukkan dengan hasil pengukuran kepuasan sebesar 80% atau lebih. Semakin tinggi nilainya, maka semakin baik.

H. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

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.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 bulan (menit)}}{\text{Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut}}$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium dikatakan tercapai apabila angka yang diperoleh tidak lebih dari 140 (seratus empat puluh) menit, hal ini menunjukkan tergambaranya kualitas kecepatan pelayanan laboratorium semakin baik.

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan dokter yang meminta.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan}} \times 100 \%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium harus 100% dilakukan oleh dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan, hal ini bertujuan untuk memastikan ketepatan diagnosis dari hasil pembacaan dan verifikasi hasil hasil pemeriksaan laboratorium.

3. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Laboratorium

Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam 1 bulan} - \text{Jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja :

Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil laboratorium harus memperoleh nilai 100%, hal ini menunjukkan tergambaranya ketelitian pelayanan laboratorium yang semakin baik.

4. Kepuasan Pelanggan

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.

a. Pengukuran Kinerja :

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei (n= minimal 50 orang)}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja :

Kepuasan pelanggan di laboratorium dikatakan tercapai apabila angka yang diperoleh lebih dari 80%, hal ini menunjukkan tergambaranya kualitas kecepatan pelayanan laboratorium semakin baik.

I. Pelayanan Rehabilitasi Medik

1. Kejadian *Drop Out* Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang Direncanakan

Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 Bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 Bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja :

Kejadian *drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik tidak lebih dari 50%, hal ini menunjukkan tergambaranya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan.

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

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.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 Bulan} - \text{Jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 Bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 1 Bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik harus memperoleh nilai 100%, hal ini menunjukkan tidak adanya kesalahan tindakan rehabilitasi medik.

3. Kepuasan Pelanggan

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei (n=minimal 50 orang)}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Kepuasan pelanggan di rehabilitasi medik dikatakan tercapai apabila angka yang diperoleh lebih dari 80%, hal ini menunjukkan tergambaranya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik semakin baik.

J. Pelayanan Farmasi

1. Waktu Tunggu Pelayanan

a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi.

1) Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 Bulan (menit)}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut}}$$

2) Indikator Keberhasilan Kinerja:

Waktu tunggu hasil pelayanan obat jadi dikatakan tercapai apabila angka yang diperoleh tidak lebih dari 30 (tiga puluh) menit, hal ini menunjukkan tergambaranya kecepatan pelayanan di farmasi.

b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan.

1) Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 Bulan (menit)}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut}}$$

2) Indikator Keberhasilan Kinerja:

Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan dikatakan tercapai apabila angka yang diperoleh tidak lebih dari 60 (enam puluh) menit, hal ini menunjukkan tergambaranya kecepatan pelayanan di farmasi.

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Kesalahan pemberian obat meliputi salah dalam memberikan jenis obat, salah dalam memberikan dosis, salah orang, dan salah jumlah obat.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei} - \text{Jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat}}{\text{Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat dikatakan memenuhi standar apabila diperoleh hasil tidak kurang dari 100%.

3. Kepuasan Pelanggan

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (\%)}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei (n=minimal 50 orang)}}$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Kepuasan pelanggan di instalasi farmasi dikatakan tercapai apabila angka yang diperoleh lebih dari 80%, hal ini menunjukkan tergambaranya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi semakin baik.

4. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam 1 Bulan}}{\text{Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam 1 Bulan (n=minimal 50 resep)}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Penulisan resep sesuai formularium dikatakan mencapai standar apabila hasil yang diperoleh lebih besar atau sama dengan 90%, hal ini menunjukkan efisiensi pelayanan obat kepada pasien sesuai formularium rumah sakit.

K. Pelayanan Gizi

1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Ketepatan waktu tunggu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam 1 Bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Apabila angka yang diperoleh lebih besar dari 90%, menunjukkan ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien dan efektifitas pelayanan di instalasi gizi semakin baik.

2. Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien

Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit).

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam 1 Bulan}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 Bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kerja:

Apabila angka yang diperoleh kurang dari atau sama dengan 20% menunjukkan tergambarinya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi yang semakin baik.

3. Tidak Adanya Kesalahan dalam Pemberian Diet

Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pemberian makanan yang disurvei} - \text{Jumlah pemberian makanan yang salah diet}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 Bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Hasil dikatakan memenuhi standar tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet apabila nilai yang diperoleh adalah sebesar 100%.

L. Unit Pelayanan Darah

1. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi di unit pelayanan darah rumah sakit.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 Bulan}}{\text{Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 Bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Kemampuan bank darah dalam rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah dikatakan memenuhi standar apabila pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan

transfusi memperoleh hasil 100%.

2. Kejadian Reaksi Transfusi

Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 Bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 Bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Apabila angka kejadian reaksi transfusi kurang dari atau sama dengan 0,01%, maka tergambar kualitas manajemen risiko Unit Pelayanan Darah yang semakin baik.

M. Pelayanan GAKIN (BPJS Kesehatan – Penerima Bantuan Iuran)

1. Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN yang Datang ke Rumah Sakit pada Setiap Unit Pelayanan

Pasien keluarga miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu BPJS Kesehatan Penerima Bantuan Iuran (PBI).

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien GAKIN yang dilayani RS dalam 1 Bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke RS dalam 1 Bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Pelayanan terhadap pasien GAKIN/PBI yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan dikatakan memenuhi standar apabila hasil yang diperoleh 100% terlayani.

N. Pelayanan Rekam Medis

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 (dua puluh empat) 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.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 Bulan yang diisi lengkap}}{\text{Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 Bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Apabila persentase kelengkapan pengisian rekam medis 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan diperoleh hasil 100% menunjukkan tanggung jawab dokter dalam melengkapi informasi rekam medis semakin baik.

2. Kelengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

Informed consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 Bulan}}{\text{Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 Bulan}} \times 100\%$$

b. Keberhasilan Indikator Kinerja:

Kelengkapan *informed consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas dikatakan berhasil memenuhi standar apabila diperoleh nilai 100% yang menunjukkan tergambaranya tanggung jawab dokter untuk mendapatkan persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.

3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam medis Pelayanan Rawat Jalan

Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati}}{\text{Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati}} \\ (N=\text{tidak kurang dari } 100)$$

b. Keberhasilan Indikator Kinerja:

Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan dikatakan memenuhi standar apabila diperoleh hasil ≤ 10

menit, hal ini menunjukkan tergambaranya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan.

4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Inap

Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medis rawat inap tersedia di bangsal pasien.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati}}{\text{Total sampel penyediaan rekam medis}}$$

b. Keberhasilan Indikator Kinerja:

Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap dikatakan memenuhi standar apabila diperoleh hasil ≤ 15 menit, hal ini menunjukkan tergambaranya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap.

O. Pengolahan Limbah

1. Baku Mutu Limbah Cair

Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator:

- a. BOD (*Biological Oxygen Demand*) : 30 mg/liter
- b. COD (*Chemical Oxygen Demand*) : 80 mg/liter
- c. TSS (*Total Suspended Solid*) : 30 mg/liter
- d. PH : 6-9

1) Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair}} \times 100\%$$

2) Indikator Keberhasilan Kinerja:

Baku mutu limbah cair dikatakan memenuhi standar apabila nilai yang diperoleh 100% dan menggambarkan kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit.

2. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai dengan Aturan

Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain:

- a. Sisa jarum suntik
- b. Sisa ampul
- c. Kasa bekas
- d. Sisa jaringan

1) Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati}}{\text{Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati}} \times 100\%$$

2) Indikator Keberhasilan Kinerja:

Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan dikatakan memenuhi standar apabila nilai yang diperoleh 100% dan dapat menggambarkan mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit.

P. Pelayanan Administrasi dan Manajemen

1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

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.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan}}{\text{Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi dikatakan memenuhi standar apabila nilai yang diperoleh 100%,

hal tersebut menggambarkan kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit.

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun}}{\text{Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja dikatakan memenuhi standar apabila nilai yang diperoleh 100%, hal tersebut menggambarkan kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.

3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan sesuai periode yang diatur oleh ketentuan terkait.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun}}{\text{Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat dikatakan memenuhi standar apabila nilai yang diperoleh 100%, hal tersebut menggambarkan kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.

4. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun}}{\text{Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala dikatakan memenuhi standar apabila nilai yang diperoleh 100%, hal tersebut menggambarkan kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.

5. Pegawai yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi pegawai yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per pegawai 20 (dua puluh) jam per tahun.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun}}{\text{Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Semakin besar atau sama dengan angka 60% yang diperoleh menunjukkan semakin baiknya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas SDM yang tergambar dalam indikator pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 (dua puluh) jam pertahun.

6. *Cost Recovery*

Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan}}{\text{Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Semakin besar atau sama dengan angka 40% yang diperoleh menunjukkan semakin baiknya *cost recovery* di rumah sakit yang menggambarkan tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit.

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas, yang diselesaikan sebelum tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan berikutnya. Menggambarkan tingkat kedisiplinan pengelolaan keuangan rumah sakit.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan}}{\text{Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan yaitu sebelum tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan dikatakan memenuhi standar apabila nilai yang diperoleh 100%, hal tersebut menggambarkan kedisiplinan pengelolaan keuangan rumah sakit.

8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan}}{\text{Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan}}$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Semakin kurang atau sama dengan 2 (dua) jam waktu yang digunakan untuk pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap maka semakin baik kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap.

9. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu

Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada pegawai sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan. Indikator ini bertujuan untuk menggambarkan kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan pegawai. Penilaian dilakukan tiap 6 (enam) bulan.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif}}{6} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu dikatakan memenuhi standar apabila nilai yang diperoleh 100%, hal tersebut menggambarkan kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan pegawai.

Q. Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah

1. Waktu Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah

Waktu pelayanan ambulans/mobil jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulans/mobil jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulans dalam satu bulan}}{\text{Jumlah hari dalam bulan tersebut}}$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Waktu pelayanan ambulans/mobil jenazah dikatakan memenuhi standar apabila nilai yang diperoleh adalah 24 (dua puluh empat) jam, hal tersebut menunjukkan waktu pelayanan ambulans atau mobil jenazah yang baik dan dapat diakses setiap waktu oleh pasien atau keluarga pasien yang membutuhkan.

2. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah di Rumah Sakit

Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan sejak permintaan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh pasien atau keluarga pasien di rumah sakit

sampai tersedianya ambulans/mobil jenazah yaitu maksimal 30 (tiga puluh) menit.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah penyediaan ambulans atau mobil jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh permintaan ambulans / mobil jenazah dalam satu bulan}}$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Kecepatan Memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit dikatakan memenuhi standar apabila nilai yang diperoleh adalah 100% waktu yang dibutuhkan untuk memberi pelayanan tidak lebih dari 30 (tiga puluh) menit, hal tersebut menggambarkan ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans/mobil jenazah.

3. *Response Time* Pelayanan Ambulans oleh Masyarakat yang Membutuhkan

Response time pelayanan ambulans atau mobil jenazah oleh masyarakat yang membutuhkan adalah waktu yang dibutuhkan sejak permintaan ambulans atau mobil jenazah diajukan oleh masyarakat sampai ambulans atau mobil jenazah berangkat dari rumah sakit.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tanggap pelayanan ambulans atau mobil jenazah dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh permintaan ambulans dan mobil jenazah dalam 1 bulan}}$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Response time pelayanan ambulans atau mobil jenazah oleh masyarakat yang membutuhkan dinyatakan telah memenuhi standar apabila nilai yang diperoleh semakin kurang atau sama dengan 2 (dua) jam, hal tersebut menggambarkan ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulans atau mobil jenazah.

R. Pelayanan Pemulasaran Jenazah

1. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah

Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan ketika pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan}}{\text{Total pasien yang diamati dalam satu bulan}}$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah dikatakan memenuhi standar apabila nilai yang diperoleh semakin kurang atau sama dengan 2 (dua) jam, hal tersebut menggambarkan kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah.

S. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 (lima belas) menit harus sudah ditanggapi.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Semakin besar atau sama dengan angka 80% yang diperoleh menunjukkan semakin baiknya kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat di rumah sakit yang menggambarkan kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat.

2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan atau *service* untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Ketepatan waktu pemeliharaan alat dikatakan memenuhi standar apabila nilai yang diperoleh adalah 100%, hal tersebut menggambarkan ketanggapan dalam pemeliharaan alat.

3. Peralatan Laboratorium (dan Alat Ukur yang Lain) yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai dengan Ketentuan Kalibrasi

Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh balai/institusi pengujian alat kesehatan.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun}}{\text{Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi dikatakan memenuhi standar apabila nilai yang diperoleh adalah 100%, hal tersebut menggambarkan akurasi pelayanan laboratorium.

T. Pelayanan *Central Sterile Supply Department* (CSSD) dan Binatu

1. Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang

Kesesuaian jumlah linen yang tersedia pada hari sampling dengan metode pengambilan data yaitu survei.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun}}{\text{Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Tidak adanya kejadian linen yang hilang dikatakan memenuhi standar apabila nilai yang diperoleh adalah 100% jumlah linen sesuai pada hari dilakukan survei, hal tersebut menggambarkan pengendalian dan mutu pelayanan *Central Sterile Supply Department* (CSSD) dan binatu.

2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap

Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu}}{\text{Jumlah hari dalam satu bulan}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap dikatakan memenuhi standar apabila nilai yang diperoleh adalah 100%, hal tersebut menggambarkan pengendalian dan mutu pelayanan *Central Sterile Supply Department* (CSSD) dan binatu.

U. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1. Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Tersedianya anggota Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI. Anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih}}{\text{Jumlah anggota Tim PPI}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Semakin besar atau sama dengan angka 75% yang diperoleh menunjukkan semakin baiknya Tim PPI di Rumah Sakit yang menggambarkan tingkat kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI.

2. Ketersediaan Alat Pelindung Diri

Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu *boots* dan gaun.

a. Pengukuran Kinerja:

$$\frac{\text{Jumlah instalasi yang menyediakan APD}}{\text{Jumlah instalasi di rumah sakit}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja:

Semakin besar atau sama dengan angka 75% yang diperoleh menunjukkan semakin baiknya koordinasi Alat Pelindung Diri (APD) di rumah sakit yang menggambarkan tersedianya Alat Pelindung Diri (APD) di setiap instalasi rumah sakit.

3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial adalah pengumpulan data (*checklist*) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 (satu) parameter (ILO, ILI, VAP, ISK).

a. Pengukuran Kinerja

$$\frac{\text{Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan}}{\text{Jumlah instalasi yang bersedia}} \times 100\%$$

b. Indikator Keberhasilan Kinerja

Semakin besar atau sama dengan 75% instalasi yang melaporkan minimal 1 (satu) parameter (ILO, ILI, VAP, ISK) menunjukkan semakin baiknya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit.

BAB III
INDIKATOR DAN STANDAR JENIS PELAYANAN

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	
1	Pelayanan Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	1	100 %
		2	Jam buka pelayanan gawat darurat	2	24 Jam
		3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	3	100%
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	4	1 Tim
		5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	5	≤ 5 menit
		6	Kepuasan pelanggan	6	≥ 70%
		7	Kematian pasien < 24 Jam	7	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam
		8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	8	100%
2	Pelayanan Rawat Jalan	1	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	1	100%
		2	Ketersediaan Pelayanan	2	Minimal 4 Jenis Pelayanan Spesialistik: a. Poliklinik Anak b. Poliklinik Penyakit Dalam c. Poliklinik Kebidanan d. Poliklinik Bedah
		3	Jam buka pelayanan	3	Dilakukan pada pukul 08.00 – 16.00 WIT setiap hari kerja kecuali hari Jumat jam 08.00 – 16.30 WIT
		4	Waktu tunggu di rawat jalan	4	≤ 60 menit
		5	Kepuasan Pelanggan	5	≥ 90%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	
		6	Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	6	100%
3	Pelayanan Rawat Inap	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	1	100% dilakukan Dokter Spesialis dan Perawat min D3
		2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	2	100%
		3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	3	Minimal 4 Jenis Pelayanan Spesialistik: a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah
		4	Jam Visite Dokter Spesialis	4	100% dilakukan Pukul 06.00 – 14.00 WIT setiap hari
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	5	≤ 1,5%
		6	Kejadian Infeksi Nosokomial	6	≤ 1,5%
		7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	7	100%
		8	Kematian pasien > 48 jam	8	≤ 0,24%
		9	Kejadian pulang paksa	9	≤ 5%
		10	Kepuasan pelanggan	10	≥ 90%
		11	Pasien rawat inap TB yang ditangani dengan strategi DOTS	11	100%
4	Pelayanan Bedah Sentral	1	Waktu tunggu operasi Elektif	1	≤ 2 hari
		2	Kejadian Kematian di meja operasi	2	≤ 1%
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	3	100%
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	4	100%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	
		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	5	100%
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	6	100%
		7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi <i>endotracheal tube</i>	7	≤ 6%
5	Pelayanan Persalinan, Perinatologi, dan Keluarga Berencana	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	1	<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan ≤ 1% • Pre-Ekslampsia ≤ 30% • Sepsis ≤ 0,2%
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal	2	100% dilakukan oleh: <ul style="list-style-type: none"> • Dokter Sp. OG • Dokter umum terlatih • Bidan
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3	Tim PONEK yang terlatih
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4	100% dilakukan oleh: <ul style="list-style-type: none"> • Dokter Sp. OG • Dokter Sp. A • Dokter Sp. An
		5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	5	100%
		6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	6	≤ 20%
		7	Keluarga Berencana a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr. Sp. Og, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dr. umum terlatih	7	100%
			b. Presentse peserta KB mantap yang mendapat		100%

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	
			konseling KB mantap bidan terlatih		
		8	Kepuasan Pelanggan	8	≥ 80%
6	Pelayanan Intensif	1	Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	1	≤ 3%
		2	Pemberi pelayanan Unit Intensif	2	100% dilakukan oleh: <ul style="list-style-type: none"> Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/setara (D4)
7	Pelayanan Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	1	≤ 3 jam
		2	Pelaksana ekspertisi	2	100% dilakukan oleh: 100% dilakukan oleh: Dokter Spesialis Radiologi
		3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	3	Kerusakan foto ≤ 2%
		4	Kepuasan pelanggan	4	≥ 80%
8	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	1	≤ 140 Menit Kimia darah dan Darah rutin
		2	Pelaksana ekspertisi	2	100% dilakukan oleh: Dokter Sp.PK
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	3	100%
		4	Kepuasan pelanggan	4	≥ 80%
9	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1	Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	1	≤ 50 %
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	2	100 %
		3	Kepuasan Pelanggan	3	≥ 80 %

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	
10	Pelayanan Farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Racikan	1	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit
		2	Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	2	100 %
		3	Kepuasan pelanggan	3	≥ 80 %
		4	Penulisan resep sesuai formularium	4	≥ 90 %
11	Pelayanan Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1	≥ 90 %
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	2	≤ 20 %
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	3	100%
12	Unit Pelayanan Darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	1	100 % terpenuhi
		2	Kejadian Reaksi transfusi	2	≤ 0,01 %
13	Pelayanan GAKIN/BPJS - PBI	1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN/BPJS - PBI yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	1	100% terlayani
14	Pelayanan Rekam Medis	1	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	1	100%
		2	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	2	100%
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan	3	≤ 10 menit
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	4	≤ 15 menit
15	Pengelolaan Limbah	1	Baku mutu limbah cair	1	100% • BOD : < 30 mg/l • COD : < 80 mg/l • TSS : < 30 mg/l • pH : 6-9
		2	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	2	100 %
16	Pelayanan Administrasi dan Manajemen	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	1	100 %
		2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	2	100 %
		3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	3	100 %
		4	Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	4	100 %
		5	Pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	5	≥ 60 %
		6	<i>Cost recovery</i>	6	≥ 40 %
		7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	7	100 %
		8	Kecepatan waktu	8	≤ 2 jam

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	
			pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap		
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	9	100 %
17	Pelayanan Ambulans atau Mobil Jenazah	1	Waktu pelayanan ambulans/mobil jenazah	1	24 Jam
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit	2	≤ 30 menit
		3	<i>Response time</i> pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	3	≤ 2 Jam
18	Pelayanan Pemulasaran Jenazah	1	Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaraan jenazah	1	≤ 2 Jam
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	1	≥ 80 %
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	2	100 %
		3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	3	100 %
20	Pelayanan <i>Central Sterile Supply Department</i> (CSSD) dan Binatu	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	1	100 %
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	2	100 %
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih	1	Anggota Tim PPI yang terlatih ≥ 75%
		2	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)	2	≥ 75 %
		3	Kegiatan Pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit	3	≥ 75 %

BAB IV
STRATEGI PENCAPAIAN INDIKATOR

NO	JENIS-JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STRATEGI PENCAPAIAN	
1.	Pelayanan Gawat Darurat	1.	Kemampuan menangani <i>lifesaving</i> anak dan dewasa	1.	Setiap tenaga medik harus mempunyai sertifikat ACLS/ ATLS dan/atau BTLS/BCLS
		2.	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	2.	Buka pelayanan setiap hari 24 jam
		3.	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	3.	Setiap tenaga medik harus mempunyai sertifikat yang masih berlaku
		4.	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	4.	Tersedianya SK Tim Pedoman dan SPO
		5.	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	5.	Setiap pasien harus terlayani ≤ 5 menit
		6.	Kepuasan pelanggan	6.	Mengurangi komplain
		7.	Kematian pasien < 24 Jam	7.	Mengoptimalkan <i>primary survey</i> dan <i>secondary survey</i>
		8.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	8.	Meningkatkan transparansi cara pembayaran
2.	Pelayanan Rawat Jalan	1.	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik Spesialis	1.	Pemberi pelayanan di Poliklinik semuanya dokter spesialis

NO	JENIS-JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STRATEGI PENCAPAIAN	
		2.	Ketersediaan pelayanan	2.	Menyediakan pelayanan spesialistik dan sub spesialis
		3.	Jam buka pelayanan	3.	Menyediakan waktu pelayanan mulai jam 08.00 – 16.00 WIT kecuali Jumat 08.00-16.30 WIT
		4.	Waktu tunggu di rawat jalan	4.	Menyediakan waktu layanan ≤ 60 menit
		5.	Kepuasan pelanggan	5.	Mengurangi komplain
		6.	Pasien rawat jalan TB yang ditangani dengan strategi DOTS	6.	Menyediakan pemeriksaan diagnostic TB di laboratorium dan mengevaluasi penanggulangan TB nasional
3.	Pelayanan Rawat Inap	1.	Pemberi pelayanan di rawat inap	1.	Pemberi layanan di rawat inap minimal D3 Perawat
		2.	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	2.	Setiap pasien harus dirawat oleh DPJP
		3.	Ketersediaan pelayanan rawat inap	3.	Tersedianya pelayanan rawat inap spesialistik dan sub spesialis
		4.	Jam visite dokter spesialis	4.	Melakukan visite dokter setiap hari

NO	JENIS-JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STRATEGI PENCAPAIAN	
					mulai pukul 06.00 s/d 14.00 WIT
		5.	Kejadian infeksi pasca operasi	5.	Mengurangi angka kejadian infeksi pasca operasi ≤ 1,5 %
		6.	Kejadian infeksi nosokomial	6.	Mengurangi angka kejadian infeksi nosokomial pasca operasi ≤ 1,5 %
		7.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	7.	Melakukan pencegahan dan pengawasan kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian
		8.	Kematian pasien > 48 jam	8.	Mengurangi angka kematian pasien >48 jam
		9.	Kejadian pulang paksa/ atas permintaan diri (APS)	9.	Meningkatkan kualitas pelayanan
		10.	Kepuasan pelanggan	10.	Meningkatkan kualitas pelayanan
		11.	Pasien rawat inap TB yang ditangani dengan strategi DOTS	11.	Menyediakan pemeriksaan pemeriksaan diagnostic TB di laboratorium dan melakukan evaluasi penanganan

NO	JENIS-JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STRATEGI PENCAPAIAN	
					Tuberculosis nasional
4	Pelayanan Bedah Sentral	1.	Waktu tunggu operasi elektif	1.	Meningkatkan mutu layanan (≤ 2 hari)
		2.	Kejadian kematian di meja operasi	2.	Meningkatkan mutu layanan di kamar operasi ($\leq 1\%$)
		3.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	3.	Meningkatkan mutu layanan dan keselamatan pasien pada pasien operasi
		4.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	4.	Meningkatkan mutu layanan dan keselamatan pasien pada pasien operasi
		5.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	5.	Meningkatkan mutu layanan dan keselamatan pasien pada pasien operasi
		6.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	6.	Melaksanakan <i>surgery safety checklist</i> (100%)
		7.	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi <i>endotracheal tube</i>	7.	Melaksanakan <i>surgery safety checklist</i> (100%)
5	Pelayanan Persalinan,	1.	Kejadian kematian ibu karena persalinan	1.	Menyelenggarakan pelayanan PONEK

NO	JENIS-JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STRATEGI PENCAPAIAN	
	Perinatologi, dan Keluarga Berencana				oleh dokter Sp.OG dan Bidan terlatih
2.		Pemberi pelayanan persalinan normal	2.	Tersedianya pemberi pelayanan oleh dokter Sp.OG dan Bidan terlatih	
3.		Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3.	Adanya SK Tim PONEK dan pelayanan PONEK oleh dokter Sp.OG dan Bidan terlatih	
4.		Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4.	Tersedianya Tim dokter Sp.OG, Sp.A, dan Sp.An	
5.		Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	5.	Tersedianya perawat NICU yang terlatih	
6.		Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i>	6.	Menyediakan pelayanan persalinan melalui <i>sectio caesarea</i> pada kasus yang sulit	
7.		Keluarga berencana a. Persentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. Sp.OG, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dr. umum terlatih	7.	a. Tersedianya tenaga kompeten dr. Sp.OG, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dr. umum terlatih b. Tersedianya bidan yang	

NO	JENIS-JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STRATEGI PENCAPAIAN	
			b. Persentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih		kompeten dan terlatih
		8.	Kepuasan pelanggan	8.	Mengurangi komplain
6.	Pelayanan Intensif	1.	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	1.	Meningkatkan mutu layanan klinis
		2.	Pemberi pelayanan unit intensif	2.	Tersedianya Dokter Sp. Anestesi dan dokter spsialis sesuai dengan kasus yang ditangani Dan perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4)
7.	Pelayanan Radiologi	1.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	1.	Meningkatkan kecepatan hasil pemeriksaan thorax foto
		2.	Pelaksanaan ekspertisi	2.	Tersedianya dokter Sp.Rad
		3.	Kejadian kegagalan pelayanan <i>rontgen</i>	3.	Meningkatkan mutu layanan pemeriksaan rontgen

NO	JENIS-JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STRATEGI PENCAPAIAN	
		4.	Kepuasan pelanggan	4.	Mengurangi komplain
8.	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	1.	Meningkatkan mutu kecepatan hasil pemeriksaan laboratorium
		2.	Pelaksana ekspertisi	2.	Tersedianya Dokter Sp.PK
		3.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	3.	Meningkatkan kualitas pemeriksaan laboratorium
		4.	Kepuasan pelanggan	4.	Meningkatkan kepuasan pelanggan $\geq 80\%$ dan Mengurangi komplain
9.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1.	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	1.	Meningkatkan mutu layanan rehab medik ($\leq 50\%$)
		2.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	2.	Meningkatkan mutu layanan rehab medik
		3.	Kepuasan pelanggan	3.	Meningkatkan kepuasan pelanggan $\geq 80\%$ dan Mengurangi komplain
10.	Pelayanan Farmasi	1.	Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Racikan	1.	Meningkatkan mutu layanan obat jadi dan racikan

NO	JENIS-JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STRATEGI PENCAPAIAN	
		2.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	2.	Meningkatkan mutu layanan pemberian obat
		3.	Kepuasan pelanggan	3.	Meningkatkan kepuasan pelanggan $\geq 80\%$ dan Mengurangi komplain
		4.	Penulisan resep sesuai formularium	4.	Meningkatkan penulisan resep sesuai formularium
11.	Pelayanan Gizi	1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1.	Meningkatkan mutu layanan pemberian makanan kepada pasien
		2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	2.	Meningkatkan mutu pengolahan menu makanan
		3.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	3.	Meningkatkan mutu dan keselamatan pasien
12.	Unit Pelayanan Darah	1.	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	1.	Tersedianya kantong darah yang membutuhkan
		2.	Kejadian reaksi transfusi	2.	Meningkatkan mutu dan keselamatan pasien
13.	Pelayanan GAKIN/BPJS Kesehatan – PBI	1.	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	1.	Menyediakan pelayanan pasien GAKIN/BPJS

NO	JENIS-JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STRATEGI PENCAPAIAN	
					Kesehatan- PBI 100%
14.	Pelayanan Rekam medis	1.	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	1.	Terpenuhinya pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
		2.	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	2.	Tersedianya mutu layanan Rekam medis (<i>Informed Consent</i>)
		3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan	3.	Tersedianya dokumen rekam medis rawat jalan yang tepat waktu (\leq 10 menit)
		4.	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	4.	Tersedianya dokumen rekam medis rawat inap yang tepat waktu (\leq 15 menit)
15.	Pengelolaan Limbah	1.	Baku mutu limbah cair	1.	Tersedianya Baku mutu limbah cair: a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9
		2.	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	2.	Menyelenggarakan Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan

NO	JENIS-JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STRATEGI PENCAPAIAN	
16.	Pelayanan Administrasi dan Manajemen	1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	1.	Memaksimalkan Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi
		2.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	2.	Terpenuhinya Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
		3.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	3.	Terpenuhinya Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
		4.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	4.	Terpenuhinya Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala
		5.	Pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	5.	Tereselenggaranya pelatihan setiap pegawai minimal 20 jam setahun ($\geq 60\%$)
		6.	<i>Cost Recovery</i>	6.	Terpenuhinya <i>Cost Recovery</i> $\geq 40\%$
		7.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	7.	Terpenuhinya Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
		8.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	8.	Terpenuhinya Kecepatan waktu pemberian informasi tentang

NO	JENIS-JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STRATEGI PENCAPAIAN	
					tagihan pasien rawat inap
		9.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	9.	Terpenuhinya Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
17.	Pelayanan Ambulans/ Kereta Jenazah	1.	Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah	1.	Tersedianya Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah 24 Jam
		2.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/ kereta jenazah di rumah sakit	2.	Memaksimalkan Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di rumah sakit ≤ 30 menit
		3.	Response time pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan	3.	Mempercepat <i>response time</i> pelayanan ambulans oleh masyarakat yang membutuhkan
18.	Pelayanan Pemulasaran Jenazah	1.	Waktu tanggap (<i>response time</i>) pelayanan pemulasaran jenazah	1.	Mempercepat <i>response time</i> pelayanan pemulasaran jenazah
19.	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	1.	Melakukan identifikasi dan meningkatkan kecepatan waktu

NO	JENIS-JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STRATEGI PENCAPAIAN	
					menanggapi kerusakan alat
		2.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	2.	Membuat <i>time schedule</i> waktu pemeliharaan alat
		3.	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	3.	Membuat <i>time schedule</i> waktu kalibrasi peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan tepat waktu dan sesuai dengan ketentuan
20.	Pelayanan <i>Central Sterile Supply Department</i> (CSSD) dan Binatu	1.	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	1.	Meningkatkan mutu manajemen linen
		2.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	2.	Tersedianya <i>Time Schedule</i> penyediaan linen untuk rawat inap yang tepat waktu
21.	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1.	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	1.	Adanya program kerja pelatihan yang kontiniu untuk Tim PPI
		2.	Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)	2.	Meningkatkan mutu program PPI dalam penyediaan APD
		3.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (<i>Health</i>	3.	Menyelenggarakan kegiatan pencatatan dan

NO	JENIS-JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STRATEGI PENCAPAIAN	
			<i>Care Associated Infection</i>) di rumah sakit (min 1 parameter)		pelaporan infeksi nosokomial/HAI (<i>Health Care Associated Infection</i>) di rumah sakit yang berkualitas

BAB V

PEMANTAUAN DAN EVALUASI

A. Tujuan

Pemantauan dan evaluasi atas implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan kontrol atas jaminan terlaksananya indikator kinerja standar pelayanan minimal secara tepat dan sesuai dengan target dan waktu pencapaian secara berkesinambungan. Pengawasan dan evaluasi dilakukan melalui pengumpulan fakta dengan mengacu pada indikator kinerja dan tahun pencapaiannya, dan hasil evaluasi diri setiap unit kerja. Selanjutnya menyusun program perbaikan dan peningkatan kinerja dalam rangka pencapaian indikator kinerja yang sesuai dengan tahun pencapaiannya.

B. Ruang Lingkup

Lingkup pemantauan dan evaluasi Standar Pelayanan Minimal meliputi aspek input, proses, *output*, dan *outcome* pada setiap jenis pelayanan. Pengawasan dan evaluasi kegiatan pelayanan dilaksanakan oleh Komite Mutu Rumah Sakit sedangkan pemantauan dilaksanakan oleh tim pengawasan internal, yaitu Satuan Pengawasan Internal.

C. Prinsip-Prinsip

Prinsip-prinsip pemantauan dan evaluasi standar pelayanan minimal meliputi aspek transparansi, kemandirian, akuntabilitas, responsibilitas, dan kewajaran.

1. Prinsip transparansi yaitu prinsip yang menjamin akses atau kebebasan bagi setiap orang untuk memperoleh informasi tentang pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Johannes Leimena Ambon yakni informasi tentang kebijakan, proses pelaksanaan dan hasil-hasil yang dicapai.
2. Prinsip kemandirian yaitu prinsip yang menjamin bahwa pengelolaan Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Johannes Leimena Ambon sebagai Instansi BLU yang dikelola secara profesional tanpa benturan kepentingan dan tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan nilai-nilai etika.
3. Prinsip akuntabilitas yaitu prinsip pengelolaan yang mampu

mempertanggungjawabkan pemanfaatan sumber daya serta pelaksanaan kebijakan yang dipercayakan dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara periodik.

4. Prinsip responsibilitas yaitu prinsip pengelolaan yang sejalan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan prinsip-prinsip organisasi yang sehat.
5. Prinsip kewajaran yaitu prinsip pengelolaan yang mengedepankan keadilan dan kesetaraan dalam memenuhi hak-hak *stakeholder* yang timbul berdasarkan perjanjian maupun ketentuan peraturan perundang-undangan.

D. Instrumen dan Mekanisme

Instrumen yang digunakan dalam pengawasan dan monitoring pelaksanaan standar pelayanan minimal, antara lain:

1. Instrumen Audit Mutu Internal (AMI).
2. Instrumen Satuan Pengawasan Internal (SPI).

E. Laporan dan Tindak Lanjut

Hasil pengawasan dan evaluasi dari Komite Mutu Rumah Sakit dan Satuan Pengawasan Internal dirangkum dalam sebuah laporan implementasi standar pelayanan minimal.

BAB IV
URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. Pelayanan Gawat Darurat

1. Kemampuan Menangani *Lifesaving* Anak dan Dewasa

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

2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

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

3. Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat 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	Manager Tim Kerja Organisasi dan SDM

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	1 (satu) tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif, dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit).
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang 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 / Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survei (<i>minimal n = 50</i>)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

7. Kematian Pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawatdarurat
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 medis
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Tidak Adanya Keharusan untuk Membayar Uang Muka

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

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat
-----------------------------------	--------------------------------

B. Pelayanan Rawat Jalan

1. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis.
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.
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 4 jenis pelayanan spesialistik: kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 16.00 setiap hari kerja kecuali jum'at 08.00 s.d. 16.30.

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 % dilakukan 08.00 – 16.00 WIT setiap hari kerja kecuali hari Jumat jam 08.00 – 16.30
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survei Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan / Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

5. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

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

6. Pasien Rawat Jalan Tuberculosis yang Ditangani dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan / Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

C. Pelayanan Rawat Inap

1. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

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

2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan

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

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit
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 4 jenis pelayanan spesialis: kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
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 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100 % dilakukan pukul 06.00 s/d 14.00 WIT setiap hari

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Ketua Komite Medik/ Ketua Komite Mutu Rumah Sakit
-----------------------------------	--

5. Kejadian Infeksi Pascaoperasi

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 lukasayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite Medik/ Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

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	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Ketua Komite Medik/ Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

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 Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas 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 Rumah Sakit

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

11. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

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

D. Pelayanan Bedah Sentral

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrean 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	Kepala Instalasi Bedah Sentral

2. Kejadian Kematian di Meja Operasi

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

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 di mana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>Sentinel event</i>
Periode Analisa	1 bulan dan <i>Sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

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 di mana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>Sentinel event</i>
Periode Analisa	1 bulan dan <i>Sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

5. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>Sentinel event</i>
Periode Analisa	1 bulan dan <i>Sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

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 di mana 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 <i>Sentinel event</i>
Periode Analisa	1 bulan dan <i>Sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda

	asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

7. Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anastesi dan Salah Penempatan *Endotracheal Tube*

Judul	Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan <i>Sentinel event</i>
Periode Analisa	1 bulan dan <i>Sentinel event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/ Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

E. Pelayanan Persalinan, Perinatologi, dan Keluarga Berencana

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 eklamsia, eklamsia, partus lama, dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklamsia dan eklamsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklamsia dan eklamsia merupakan 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 kualitatif - Udem tungkai <p>Eklamsia adalah tanda pre eklamsia 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> <p>Partus lama adalah persalinan yang ditandai tidak adanya pembukaan serviks dalam 2 jam dan tidak adanya penurunan janin dalam 1 jam.</p>

Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, 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 $\leq 1\%$; pre-eklampsia $\leq 30\%$; sepsis $\leq 0,2\%$
Penanggung jawab	Ketua Tim PONEK/ Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

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	Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

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 tim PONEK yang terlatih
Penanggung jawab	Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

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 anestesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

5. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr

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

6. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektivitas, 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	Ketua Tim PONEK/ Komite Mutu Rumah Sakit

7.a Keluarga Berencana

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

7.b Konseling Keluarga Berencana Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Medik dan Keperawatan/ Ketua Tim PKBRS

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 persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab	PJ VK

F. 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	Efektivitas
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 < 72jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 3%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Intensif/ Komite Mutu Rumah Sakit

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	Kepala Instalasi Rawat Intensif/ Komite Mutu Rumah Sakit

G. Pelayanan Radiologi

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut

Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
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 dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektivitas 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 radiologi
Standar	Kerusakan foto ≤ 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 radiologi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei

Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

H. Pelayanan 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	Survei
Standar	< 140 menit (manual) kimia darah dan darah rutin
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

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

3. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangkan jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

4. Kepuasan Pelanggan

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

I. Pelayanan 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
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	≤ 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 rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang 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 rehabilitasi 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 minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

J. Pelayanan 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	Survei
Standar	≤ 30 menit.
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

1.b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survei
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
Sumber data	Survei
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	Survei
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	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

K. Pelayanan 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	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei
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	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/ Kepala Instalasi Rawat Inap

L. Unit Pelayanan Darah

1. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100% terpenuhi
Penanggung jawab	Kepala Unit Pelayanan Darah

2. Kejadian Reaksi Transfusi

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

M. Pelayanan GAKIN/BPJS - PBI

1. Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN/BPJS - PBI yang Datang ke Rumah Sakit pada Setiap Unit Pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu BPJS Kes PBI
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% terlayani
Penanggung jawab	Direktur Utama

N. Pelayanan Rekam Medis

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis.
Definisi operasional	Rekam medis yang lengkap adalah, rekam medis 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 medis yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam medis/ Kepala Instalasi Rawat Inap/ Kepala Instalasi Rawat Intensif

2. Kelengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

Judul	Kelengkapan informed concent 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	<i>Informed consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Medik dan Keperawatan

3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medis 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 medis 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 Medis Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis 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 medis pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medis rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan	tiap bulan

data	
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	≤15 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam medis

O. 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	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (<i>Biological Oxygen Demand</i>) : 30 mg/liter COD (<i>Chemical Oxygen Demand</i>) : 80 mg/liter TSS (<i>Total Suspended Solid</i>) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

2. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati

Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

P. Pelayanan Administrasi dan Manajemen

1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

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

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

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

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 sesuai periodenya sesuai ketentuan
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	Tim Kerja Organisasi dan SDM
Standar	100%
Penanggung jawab	Manager Tim Kerja Organisasi dan SDM

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 ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Tim Kerja Organisasi dan SDM
Standar	100%
Penanggung jawab	Manager Tim Kerja Organisasi dan SDM

5. Pegawai yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	Pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi pegawai yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per pegawai 20 jam per tahun.
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai di rumah sakit
Sumber data	Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan
Standar	≥60%
Penanggung jawab	Manager Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan

6. *Cost Recovery*

Judul	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan
Standar	≥40%
Penanggung jawab	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Tim Kerja Akuntansi dan BMN
Standar	100%
Penanggung jawab	Manager Tim Kerja Akuntansi dan BMN

8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

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

Penanggung jawab	Manager Tim Kerja Pelaksanaan 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 pegawai
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada pegawai 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	Tim Kerja Pelaksanaan Anggaran
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional

Q. Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah

1. Waktu Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah

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

2. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans/Mobil Jenazah Di Rumah Sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans/mobil jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh pasien atau keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans/mobil jenazah. Maksimal 30 menit

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulans/mobil jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans/mobil jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Instalasi Pemulasaran Jenazah/Instalasi Gawat Darurat
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah/Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. *Response Time* Pelayanan Ambulans Oleh Masyarakat yang Membutuhkan

Judul	<i>Response time</i> pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan masyarakat akan ambulans dan Mobil Jenazah
Definisi operasional	<i>Response time</i> pelayanan ambulans dan mobil jenazah oleh masyarakat yang membutuhkan adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans dan mobil jenazah diajukan oleh masyarakat sampai ambulans dan mobil jenazah berangkat dari rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tanggap pelayanan ambulans dan mobil jenazah ≤ 2 Jam
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulans dan mobil jenazah
Sumber data	Instalasi Pemulasaran Jenazah/Instalasi Gawat Darurat
Standar	≤ 2 Jam
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah/Kepala Instalasi Gawat Darurat

R. Pelayanan 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 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	Instalasi Pemulasaraan Jenazah
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

S. 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	Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

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 atau <i>service</i> untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (<i>service</i>) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

3. Peralatan Laboratorium (dan Alat Ukur Yang Lain) yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai dengan Ketentuan Kalibrasi

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai/ Institusi Pengujian Alat Kesehatan
Frekuensi pengumpulan	1 tahun

data	
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	Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

T. Pelayanan *Central Sterile Supply Department* (CSSD) dan Binatu

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 CSSD dan binatu
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	Instalasi CSSD dan Binatu
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi CSSD dan Binatu

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 CSSD dan binatu
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	Instalasi CSSD dan Binatu
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi CSSD dan Binatu

U. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1. Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI

Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Tim Kerja Organisasi dan SDM
Standar	Anggota Tim PPI yang terlatih $\geq 75\%$
Penanggung jawab	Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

2. Ketersediaan Alat Pelindung Diri

Judul	Ketersediaan 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, tenagakesehatan, 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	Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
Standar	$\geq 75\%$
Penanggung jawab	Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) 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	Instalasi Rawat Inap dan Instalasi Rawat Intensif
Standar	$\geq 75\%$
Penanggung jawab	Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan Ketua Komite Mutu Rumah Sakit

BAB VI

PENUTUP

Dalam kedudukannya sebagai unit pelayanan publik di bidang pelayanan kesehatan, Rumah Sakit Umum Pusat dr. Johannes Leimena Ambon diharapkan mampu menjaga konsistensi mutu pelayanan kepada masyarakat dengan menyediakan pelayanan dengan indikator dan standar kinerja pelayanan yang baik dalam bentuk standar pelayanan minimal.

Standar pelayanan minimal rumah sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit atau seluruh aktivitas rumah sakit yang berhubungan/berpengaruh pada hasil dan operasional rumah sakit dalam mencapai tujuannya yang wajib dilaksanakan oleh penyelenggara rumah sakit (pelayanan dan manajemen) berdasarkan standar kinerja yang ditetapkan.

Manajemen pelaksanaan standar pelayanan minimal menuntut kontribusi instalasi/satuan kerja dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasinya. Perencanaan disesuaikan dengan perkembangan kebutuhan, prioritas, kemampuan keuangan, fasilitas, dan kemampuan sumber daya manusia.


Dengan disusunnya standar pelayanan minimal diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan akuntabilitas kinerja dan meningkatkan mutu layanan di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Johannes Leimena Ambon serta terpenuhinya persyaratan administratif bagi Rumah Sakit Umum Pusat dr. Johannes Leimena Ambon untuk dapat ditetapkan sebagai satuan kerja yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU). Di samping itu standar pelayanan minimal juga dapat menjadi acuan bagi pengelola rumah sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Mengingat bahwa standar pelayanan minimal bersifat dinamis maka hal-hal lain yang belum tercantum dalam dokumen standar pelayanan minimal ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan akan dilakukan reviu secara berkala sesuai pedoman reviu dokumen yang berlaku atau apabila ada perubahan peraturan yang berkaitan dengan standar pelayanan minimal.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,

Indah Febrianti, S.H., M.H.
NIP 197802122003122003