



BUPATI KUTAI KARTANEGARA

BUPATI KUTAI KARTANEGARA
PROVINSI KALIMANTAN TIMUR

PERATURAN BUPATI KUTAI KARTANEGARA
NOMOR 16 TAHUN 2019

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI MUHAMMAD PARIKESIT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KUTAI KARTANEGARA,

- Menimbang : a. bahwa untuk menjamin akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara merata yang bersifat sederhana, terbuka, terjangkau, dan dapat dipertanggungjawabkan serta mempunyai batas waktu pencapaian sesuai dengan kebutuhan, prioritas dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil Daerah, perlu mengatur mengenai Standar Pelayanan Minimal penyelenggaraan kesehatan;
- b. bahwa sesuai ketentuan dalam Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Standar Pelayanan Minimal pada Unit Pelaksana Dinas/Badan di Daerah yang menerapkan Badan Layanan Umum Daerah diatur dengan Peraturan Kepala Daerah;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b tersebut diatas, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit;

- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 352) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah berapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
7. Peraturan Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Nomor 12 Tahun 2011 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI MUHAMMAD PARIKESIT.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Kutai Kartanegara.
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh Pemerintah Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom Kabupaten Kutai Kartanegara.
4. Bupati adalah Bupati Kutai Kartanegara.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Aji Muhammad Parikesit yang selanjutnya disebut RSUD A. M. Parikesit adalah Rumah Sakit Umum Daerah milik Pemerintah Kabupaten Kutai Kartanegara, yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk semua jenis penyakit dari pelayanan dasar dan spesialisasi sesuai dengan kemampuannya.
6. Direktur adalah Direktur RSUD A. M. Parikesit.

7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah atau unit kerja pada Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang/jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
8. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD A. M. Parikesit.
9. Indikator Kinerja adalah *variable* 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.
10. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
11. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
12. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah unsur pengawasan internal yang bertugas melaksanakan pengawasan internal terhadap pengelolaan dan pemanfaatan sumber daya di RSUD A. M. Parikesit.

Pasal 2

Pengaturan SPM dimaksudkan sebagai acuan bagi RSUD A.M. Parikesit dalam menyelenggarakan urusan wajib bidang kesehatan.

Pasal 3

Pengaturan SPM bertujuan untuk:

- a. sebagai tolak ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh RSUD A.M. Parikesit;
- b. meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan kualitas pelayanan; dan
- c. meningkatkan efektivitas pengawasan terhadap pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh RSUD A.M. Parikesit.

BAB II

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR, BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu Jenis Pelayanan

Pasal 4

- (1) RSUD A. M. Parikesit mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (*kuratif*), pemulihan (*rehabilitatif*) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (*preventif*), peningkatan (*promotif*) serta upaya rujukan.

- (2) SPM ditetapkan untuk jenis pelayanan di RSUD A.M. Parikesit yang meliputi:
- a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan bedah sentral;
 - e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
 - f. pelayanan intensif;
 - g. pelayanan radiologi;
 - h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
 - i. pelayanan rehabilitasi medik;
 - j. pelayanan farmasi;
 - k. pelayanan gizi;
 - l. pelayanan transfusi darah/bank darah;
 - m. pelayanan rekam medik;
 - n. pengelolaan limbah;
 - o. pelayanan administrasi dan manajemen;
 - p. pelayanan ambulan/kereta jenazah;
 - q. pelayanan pemulasaran jenazah;
 - r. pelayanan pemeliharaan sarana dan prasarana Rumah Sakit (IPSPRS);
 - s. pelayanan laundry; dan
 - t. pencegahan dan pengendalian infeksi.

Bagian Kedua

Indikator, Standar, Batas Waktu Pencapaian dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 5

- (1) Indikator, standar, dan batas waktu pencapaian sebagaimana tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (2) Uraian SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (3) Target pencapaian SPM sebagaimana tercantum dalam lampiran III yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III PELAKSANAAN

Pasal 6

- (1) RSUD A. M. Parikesit wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM.
- (2) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan sesuai SPM.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB IV PENERAPAN

Pasal 7

- (1) Direktur menyusun rencana bisnis anggaran, target, dan upaya pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD A. M. Parikesit menyusun rencana kegiatan anggaran, target, dan upaya pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan unit kerja berdasarkan SPM.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

BAB V PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu Pembinaan

Pasal 8

- (1) Pembinaan RSUD A. M. Parikesit dalam penerapan SPM dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan/latihan dan/atau bantuan teknis lainnya.
- (3) Bantuan teknis lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) meliputi:
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk pencapaian SPM;
 - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
 - c. penilaian Kinerja pencapaian SPM; dan
 - d. pelaporan Kinerja pencapaian SPM.

Bagian Kedua Pengawasan

Pasal 9

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh SPI.
- (2) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Direktur dan berkedudukan langsung dibawah Direktur.

Pasal 10

- (1) Selain melaksanakan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1), SPI bersama-sama dengan manajemen RSUD A. M. Parikesit yang mempunyai tugas menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.

- (2) Pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dengan ruang lingkup membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

Pasal 11

- (1) Bupati melalui Dewan Pengawas melakukan pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan pelayanan RSUD A. M. Parikesit sesuai SPM.
- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD.

Pasal 12

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, Pasal 9, Pasal 10, dan Pasal 11 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD A. M. Parikesit yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran RSUD A. M. Parikesit.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 13

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Nomor 10 Tahun 2013 tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD A.M. Parikesit (Berita Daerah Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2013 Nomor 10) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 14

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Tenggarong
pada tanggal 14 Mei 2019

BUPATI KUTAI KARTANEGARA,

ttd

EDI DAMANSYAH

Diundangkan di Tenggarong
pada tanggal 14 Mei 2019

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA,

ttd

SUNGONO

BERITA DAERAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA TAHUN 2019 NOMOR 16

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
Sekretariat Kabupaten Kutai Kartanegara
Kepala Bagian Hukum

PURNOMO, SH
NIP. 19780605 200212 1 002

LAMPIRAN I : PERATURAN BUPATI KUTAI KARTANEGARA
 NOMOR 16 TAHUN 2019 TANGGAL 14 MEI 2019
 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AM PARIKESIT

INDIKATOR, STANDAR, DAN BATAS WAKTU PENCAPAIAN

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR
1	Gawat Darurat	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%
		2	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam
		3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku (BLS/PPGD/GELS/ALS/BTCLS)	100%
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
		5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 (lima) menit terlayani, setelah pasien datang
		6	Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %
		7	Kematian pasien < 24 Jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
		8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
2	Rawat Jalan	1	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis
		2	Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah
		3	Jam buka pelayanan	08.30 Wita - selesai
		4	Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit
		5	Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %
		6	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB/TCM	≥ 60 %
		7	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60 %
		8	Ketersediaan pelayanan jiwa di poliklinik rumah sakit umum	Ada
3	Rawat Inap	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3
		2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%
		3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR
		4	Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja
		5	Kejadian infeksi pascaoperasi	≤ 1,5 %
		6	Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %
		7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	100%
		8	Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24 %
		9	Kejadian pulang paksa	≤ 5 %
		10	Kepuasan pelanggan	≥ 90 %
		11	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis/TCM	≥ 60 %
		12	Terlaksana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60 %
4.	Bedah Sentral (Bedah saja)	1	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari
		2	Kejadian Kematian di meja operasi	≤ 1 %
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%
		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%
		7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan estesi endotracheal tube	≤ 6 %
5	Persalinan, perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 % b. Pre-eklampsia ≤ 30 % c. Sepsis ≤ 0,2 %
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An
		5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100%
		6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 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 b. Presentse peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan	a. 100% b. 100%

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR
			terlatih	
		8	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
6	Intensif	1	Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %
		2	Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. 100% Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani. b. 50 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)
7	Radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam
		2	Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.Rad
		3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Kerusakan foto ≤ 2 %
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
8	Lab. Patologi Klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.	≤ 140 menit - Kimia darah & darah rutin
		2	Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp.PK
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	100%
		4	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
9	Rehabilitasi Medik	1	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	≤ 50 %
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%
		3	Kepuasan Pelanggan	≥ 80 %
10	Farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Racikan	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit
		2	Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat	100%
		3	Kepuasan pelanggan	≥ 80 %
		4	Penulisan resep sesuai formularium	100%
11	Gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100%
12	Transfusi Darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 % terpenuhi
		2	Kejadian Reaksi transfuse	≤ 0,01 %
13	Rekam Medik	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
		2	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit
14	Pengelolaan Limbah	1	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	100%
15	Administrasi dan manajemen	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%
		2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%
		3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%
		5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %
		6	Cost recovery	≥ 40 %
		7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%
16	Ambulan	1	Waktu pelayanan ambulan	24 jam
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit	≤ 30 menit
		3	Response time pelayanan ambulan oleh masyarakat yang membutuhkan	≤ 45 menit
17	Pemulasaraan Jenazah	1	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 Jam
18	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80 %
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
		3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan	100%

NO.	JENIS PELAYANAN		INDIKATOR	STANDAR
			terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	
19	Pelayanan Laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%
20	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1	Ada anggota Tim Pencegahan Penanggulangan Infeksi	Anggota Tim PPI yang terlatih 75%
		2	Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	60%
		3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75%

BUPATI KUTAI KARTANEGARA,

ttd

EDI DAMANSYAH

LAMPIRAN II : PERATURAN BUPATI KUTAI KARTANEGARA
 NOMOR 16 TAHUN 2019 TANGGAL 14 2019
 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
 UMUM DAERAH AM PARIKESIT

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. PELAYANAN INSTALASI RAWAT DARURAT

A. Kemampuan menangani *Livesaving* anak dan dewasa.

Judul :	Kemampuan menangani life saving di Instalasi Rawat Darurat
Dimensi Mutu :	Keselamatan
Tujuan :	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Rawat Darurat
Definisi Operasional :	Life Saving adalah Upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i>
Frekuensi Pengumpulan Data :	Setiap bulan
Periode analisis :	Tiap tiga bulan sekali
Numerator :	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Rawat Darurat
Denominator :	Jumlah seluruh pasien yang datang ke Rawat Darurat yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i>
Sumber data :	Instalasi Rawat Darurat
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Rawat Darurat

B. Jam Buka Pelayanan Rawat Darurat.

Judul :	Jam Buka Pelayanan Rawat Darurat
Dimensi Mutu :	Keterjangkauan
Tujuan :	Tersedianya Pelayanan Rawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional :	Jam Buka 24 Jam adalah Rawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 Jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data :	Setiap bulan
Periode analisis :	Tiap tiga bulan sekali
Numerator :	Jumlah kumulatif Jam Buka Rawat Darurat dalam satu bulan.
Denominator :	Jumlah Hari dalam satu bulan
Sumber data :	Laporan Bulanan
Standar :	24 Jam
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Rawat Darurat

C. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD.

Judul :	Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu :	Kompetensi Teknis
Tujuan :	Tersedia Pelayanan Rawat Darurat oleh Tenaga Kompeten dalam Bidang Kegawat Daruratan
Definisi Operasional :	Tenaga Kompeten pada Rawat Darurat adalah tenaga yang sudah memiliki Sertifikat Pelatihan ACLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data :	Setiap bulan
Periode analisis :	3 (tiga) bulan sekali
Numerator :	JumlahTenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator :	Jumlah Tenaga yang memberikan Pelayanan Kegawat Daruratan
Sumber data :	Sub Bagian Kepegawaian dan TU Instalasi Rawat Darurat
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Ka. Sub Bagian Diklit dan Kerjasama

D. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana.

Judul :	Ketersediaan tim Penanggulangan Bencana
Dimensi Mutu :	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan :	Kesiagaan Rumah Sakit untuk memberikan Pelayanan Penanggulangan Bencana
Definisi Operasional :	Tim Penanggulangan Bencana adalah tim yang dibentuk di Rumah Sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi
Frekuensi Pengumpulan Data :	Tiga bulan sekali
Periode analisis :	Tiga bulan sekali
Numerator :	Jumlah Tim Penanggulangan Bencana yang ada di Rumah Sakit
Denominator :	Tidak Ada
Sumber data :	Instalasi Rawat Darurat
Standar :	Satu tim
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Rawat Darurat

E. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Instalasi Rawat Darurat

Judul :	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Rawat Darurat
Dimensi Mutu :	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan :	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien Rawat Darurat
Definisi Operasional :	Kecepatan Pelayanan Dokter di Rawat Darurat adalah Sejak Pasien itu datang sampai mendapat Pelayanan Dokter
Frekuensi Pengumpulan Data :	Setiap bulan
Periode analisis :	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 Pasien di Instalasi Rawat Darurat
Standar :	< 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Kepala Instalasi Rawat Darurat - Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)

F. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Darurat.

Judul :	Kepuasan Pelanggan pada Rawat 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 analisis :	Tiga bulan sekali
Numerator :	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Rawat Darurat yang di survey
Denominator :	Jumlah seluruh pasien Rawat Darurat yang di survey (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data :	Survey Pasien di Instalasi Rawat Darurat
Standar :	≥ 70%
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Kepala Instalasi Rawat Darurat - Komite PMKP

G. Kematian Pasien < 24 Jam di Rawat Darurat

Judul :	Kematian Pasien < 24 Jam di Rawat Darurat
Dimensi Mutu :	Keselamatan dan Keselamatan
Tujuan :	Terselenggaranya Pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien Rawat Darurat
Definisi Operasional :	Kematian < 24 Jam adalah Kematian yang terjadi dalam periode 24 Jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data :	Tiga Bulan
Periode analisis :	Tiga bulan sekali
Numerator :	Jumlah Pasien yang meninggal dalam periode < 24 Jam sejak pasien datang di Rawat Darurat
Denominator :	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Rawat Darurat
Sumber data :	Rekam Medik
Standar :	< 2 perseribu
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Rawat Darurat

H. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka.

Judul :	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu :	Keselamatan dan Akses
Tujuan :	Terselenggaranya Pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien Rawat 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 analisis :	Tiga bulan
Numerator :	Jumlah pasien rawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator :	Jumlah seluruh pasien yang datang ke Gawat Darurat yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i>
Sumber data :	Instalasi Rawat Darurat
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Rawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

A. 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 :	Satu bulan
Periode analisis :	Tiga bulan sekali
Numerator :	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator :	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data :	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Rawat Jalan

B. 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:	Satu bulan
Periode analisis :	Tiga bulan
Numerator :	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada. (kualitatif)
Denominator :	Tidak ada
Sumber data :	Register rawat jalan
Standar :	Minimal kesehatan anak; penyakit dalam; kebidanan; dan bedah
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Rawat Jalan

C. Buka Pelayanan sesuai ketentuan.

Judul :	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu :	Akses
Tujuan :	Tersedianya Pelayanan Rawat Jalan Spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional :	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis, jam buka 08.00 s/d 12.00 wita setiap hari kerja kecuali hari Jum'at jam buka 08.00 s/d 11.00 wita
Frekuensi Pengumpulan Data :	Satu bulan
Periode analisis :	Tiga bulan
Numerator :	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator :	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan.
Sumber data :	Register Rawat Jalan
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Rawat Jalan

D. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Judul :	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu :	Akses
Tujuan :	Tersedianya Pelayanan Rawat Jalan Spesialistik pada hari kerja si 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 :	Satu bulan
Periode analisis :	Tiga bulan
Numerator :	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survey
Denominator :	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey
Sumber data :	Survey pasien di rawat jalan.
Standar :	< 60 Menit
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Kepala Instalasi Rawat Jalan - Komite PMKP

E. 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 :	Satu bulan
Periode analisis :	Tiap tiga bulan sekali
Numerator :	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator :	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey. (<i>minimal n=50</i>)
Sumber data :	Survey pasien di rawat jalan
Standar :	≥ 90%
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Kepala Instalasi Rawat Jalan - Komite PMKP

F. a. Penegakan Dignosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB.

Judul :	Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB/TCM
Dimensi Mutu :	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan :	Terlaksananya Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB/TCM
Definisi Operasional :	Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis/TCM pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data :	Tiga bulan
Periode analisis :	Tiga bulan
Numerator :	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan
Denominator :	Jumlah penegakan diagnosis TB/TCM di RS dalam 3 bulan
Sumber data :	Rekam Medik
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Kepala Instalasi Rawat Jalan

b. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit.

Judul :	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi Mutu :	Efektifitas
Tujuan :	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit.
Definisi Operasional :	Pencatatan dan Pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data :	Tiga bulan
Periode analisis :	Tiga bulan
Numerator :	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator :	Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumber data :	Rekam Medik
Standar :	≥ 60 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Rawat Jalan

G. Ketersediaan pelayanan jiwa di poliklinik rumah sakit umum

Judul :	Ketersediaan pelayanan jiwa di poliklinik rumah sakit umum
Dimensi Mutu :	Akses
Tujuan :	Tersedianya jenis pelayanan jiwa di poliklinik yang minimal harus ada di rumah sakit umum
Definisi Operasional :	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan jiwa spesialisik yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data :	Satu bulan
Periode analisis :	Tiga bulan sekali
Numerator :	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator :	Tidak ada
Sumber data :	Register rawat jalan
Standar :	Ada
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Rawat Jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

A. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit.

Judul :	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu :	Kompetensi teknis
Tujuan :	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional :	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari Dokter SpOG, dengan Dokter Umum, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gram, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan pre-eklampsia berat, tali pusat menumbung
Frekuensi Pengumpulan Data :	Satu bulan
Periode analisis :	Tiga bulan
Numerator :	Tersedianya Tim Dokter Sp.OG, dokter umum, bidan, dan perawat terlatih
Denominator :	Tidak ada
Sumber data :	Kepegawaian dan Rekam Medik
Standar :	Tersedia
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Rawat Inap

B. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap.

Judul :	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu :	Kompetensi teknis dan Kesisinambungan pelayanan
Tujuan :	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesisinambungan pelayanan
Definisi Operasional :	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data :	Satu bulan
Periode analisis :	Tiga bulan
Numerator :	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator :	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data :	Rekam Medik
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Rawat Inap

C. 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 kepada pasien tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data :	Tiga bulan
Periode analisis :	Tiga bulan
Numerator :	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator :	Tidak ada
Sumber data :	Register rawat inap
Standar :	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus sesuai dengan spesifikasi rumah sakit tersebut)
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Rawat Inap

D. 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 tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data :	Tiap bulan
Periode analisis :	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 :	Survey pasien rawat inap
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Kepala Instalasi Rawat Inap - Komite Medik - Komite PMKP

E. Kejadian Infeksi Pasca Operasi.

Judul :	Kejadian Infeksi Pasca Operasi
Dimensi Mutu :	Keselamatan dan Kenyamanan
Tujuan :	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional :	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan 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 analisis :	Tiap bulan
Numerator :	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator :	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data :	Rekam Medis
Standar :	< 1,5 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Ketua Komite Medik - Komite PMKP

F. 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 di Rumah Sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data :	Tiap bulan
Periode analisis :	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator :	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data :	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar :	≤ 1,5 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	- Kepala Instalasi Rawat Inap - Komite Medik - Panitia PMKP

G. 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 di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data :	Tiap bulan
Periode analisis :	Tiap bulan
Numerator :	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator :	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data :	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

H. Kematian pasien > 48 jam.

Judul :	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi Mutu :	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan :	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional :	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	1 bulan
Numerator :	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data :	Rekam medis
Standar :	≤ 0,24 % ≤ 2,4 (International)(NDR≤ 25/1000, Indonesia)
Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite PMKP/Tim Mutu

I. 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 analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah pasien pulang paksa dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 bulan
Sumber data :	Rekam medis
Standar :	$\leq 5 \%$
Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite PMKP/Tim Mutu

J. Kepuasan pelanggan rawat inap.

Judul :	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi Mutu :	Kenyamanan
Tujuan :	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional :	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator :	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data :	Survey
Standar :	$\geq 90 \%$
Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite PMKP/Tim Mutu

K. a. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB.

Judul :	Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu :	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan :	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB/TCM
Definisi Operasional :	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis/TCM pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data :	3 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB/TCM di Rumah Sakit dalam 3 bulan
Denominator :	Jumlah penegakan diagnosis TB di Rumah Sakit dalam 3 bulan
Sumber data :	Rekam medik
Standar :	≥ 60 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

b. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit.

Judul :	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Dimensi Mutu :	Efektifitas
Tujuan :	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
Definisi Operasional :	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap di Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data :	3 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator :	Seluruh kasus TB rawat inap di Rumah Sakit
Sumber data :	Rekam Medik
Standar :	≥ 60 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

IV. BEDAH SENTRAL

A. Waktu tunggu operasi elektif.

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

B. Kejadian kematian dimeja operasi.

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

C. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi.

Judul :	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu :	Keselamatan pasien
Tujuan :	Terganbarnya kepedulian dan ketelitian anstalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional :	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis :	1 bulan dan sentinel event
Numerator :	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu 1 bulan
Denominator :	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan
Sumber data :	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar :	≤100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	- Kepala Instalasi Bedah Sentral - Komite Medik

D. Tidak adanya kejadian operasi salah orang.

Judul :	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu :	Keselamatan pasien
Tujuan :	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional :	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis :	1 bulan dan sentinel event
Numerator :	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu 1 bulan
Denominator :	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan
Sumber data :	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar :	≤ 100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Kepala Instalasi Bedah Sentral - Komite Medik

E. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi.

Judul :	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu :	Keselamatan pasien
Tujuan :	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional :	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan sentinel event
Periode analisis :	1 bulan sentinel event
Numerator :	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Sumber data :	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar :	≤ 100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Kepala Instalasi Bedah Sentral - Komite Medik

- F. 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 :	Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional :	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis :	1 bulan dan sentinel event
Numerator :	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing didalam tubuh akibat operasi dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan
Sumber data :	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar :	$\leq 100 \%$
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Kepala Instalasi Bedah Sentral - Komite Medik

G. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.

Judul :	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu :	Keselamatan pasien
Tujuan :	Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional :	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis :	1 bulan dan sentinel event
Numerator :	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 bulan
Sumber data :	Rekam medis
Standar :	≤ 6 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Kepala Instalasi Bedah Sentral - Komite Medik

- V. Persalinan dan Perinatologi (kecuali Rumah Sakit khusus diluar Rumah Sakit Ibu dan Anak)
1. Kejadian kematian Ibu karena persalinan.

Judul :	Kejadian kematian Ibu karena persalinan
Dimensi Mutu :	Keselamatan
Tujuan :	Mengetahui mutu pelayanan Rumah Sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi Operasional :	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklamsia, eklampsia, dan sepsis Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklamsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklamsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : ▪ Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolic > 110 mmHg ▪ Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif ▪ Oeden tungkai Eklampsia adalah tanda eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditandatangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi Pengumpulan Data :	Tiap bulan
Periode analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator :	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis (masing-masing penyebab)
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 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Komite Medik

2. Pemberi pelayanan persalinan normal.

Judul :	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu :	Kompetensi teknis
Tujuan :	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional :	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator :	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber data :	Kepegawaian
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Komite PMKP

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit.

Judul :	Pemberi pelayanan di Rawat Inap
Dimensi Mutu :	Kompetensi teknis
Tujuan :	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional :	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator :	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang bertugas dirawat inap
Sumber data :	Kepegawaian dan rekam medis
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Komite PMKP

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 Sp.Anak, dokter Sp.Anastesi
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter Sp.Anak, dokter Sp.Anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator :	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data :	Kepegawaian
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Komite PMKP

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr 2500 gr.

Judul :	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr 2500 gr
Dimensi Mutu :	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan :	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional :	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator :	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Sumber data :	Rekam medis
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Komite Medik - Komite PMKP

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria.

Judul :	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu :	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan :	Tergambarnya pertolongan persalinan di Rumah Sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional :	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun 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 :	$\leq 20 \%$
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Komite PMKP

7. a. Keluarga Berencana.

Judul :	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu :	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan :	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional :	Keluarga Berencana yang menggunakan metode operasi pada alat reproduksi
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator :	Jumlah peserta KB
Sumber data :	Rekam medik dan laporan KB Rumah Sakit
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Wakil Direktur Pelayanan

b. Konseling KB Mantap

Judul :	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu :	Ketersediaan kontrasepsi Mantap
Tujuan :	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional :	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan untuk mendapatkan pilih pelayanan KB Mantap yang sesuai dengan status kesehatan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah konseling layanan KB Mantap
Denominator :	Jumlah konseling KB Mantap
Sumber data :	Laporan unit data KB/Intalasi Rawat Inap II
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Wakil Direktur Pelayanan

H. 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 komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator :	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data :	Survei
Standar :	≥ 80 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Ketua Komite PMKP - Komite PMKP

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul :	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu :	Efektifitas
Tujuan :	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional :	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data:	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah seluruh pasien yang dirawat diruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data :	Rekam medis
Standar :	≤ 3 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	- Komite Medik - Komite PMKP

B. Pemberi pelayanan unit intensif

1. Pemberi pelayanan unit intensif oleh dokter spesialis.

Judul :	Pemberi pelayanan unit intensif oleh dokter spesialis
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
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah dokter Sp.An dan Spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani pelayanan perawatan intensif
Denominator :	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani pelayanan perawatan intensif
Sumber data :	Kepegawaian
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Komite Medik - Komite PMKP

2. Pemberi pelayanan unit intensif oleh perawat

Judul :	Pemberi pelayanan unit intensif oleh perawat
Dimensi Mutu :	Kompetensi teknis
Tujuan :	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional :	Pemberi pelayanan intensif adalah perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4) yang melayani pelayanan perawatan intensif
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4) yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator :	Jumlah seluruh perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data :	Kepegawaian
Standar :	50 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Komite Medik - Komite PMKP

VII. RADIOLOGI

A. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto.

Judul :	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi Mutu :	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan :	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional :	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah komulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data :	Rekam medis
Standar :	180 menit/3 jam
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Radiologi

B. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen.

Judul :	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen
Dimensi Mutu :	Kompetensi teknis
Tujuan :	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional :	Pelaksana ekspertisi roentgen adalah dokter Sp.Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto roentgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkananya tanda tangan dokter Sp.Radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah foto roentgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter Sp radiologi dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah seluruh pemeriksaan foto roentgen dalam 1 bulan

Sumber data :	Register di instalasi radiologi
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Radiologi

C. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen.

Judul :	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu :	Efektifitas 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 :	≤ 2 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Radiologi

D. 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
Sumber data :	Survei
Standar :	≥ 80 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Komite PMKP

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

A. 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 komulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang di survei dalam bulan tersebut
Sumber data :	Survei
Standar :	≤ 140 Menit (manual)
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Laboratorium

B. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium.

Judul :	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu :	Kompetensi tehnis
Tujuan :	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional :	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter Sp.Patologi Klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan

Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter Sp patologi klinik dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah seluruh pasien pemeriksaan laboratorium dalam 1 bulan
Sumber data :	Register di instalasi laboratorium
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Laboratorium

C. 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 pasien yang diperiksa laboratorium dalam 1 bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah pasien yang diperiksa di lab dalam bulan tersebut
Sumber data :	Rekam medis
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Laboratorium

D. Kepuasan pelanggan.

Judul :	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu :	Kenyamanan
Tujuan :	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan lab
Definisi Operasional :	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan lab
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator :	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data :	Survei
Standar :	≥ 80 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Laboratorium

IX. REHABILITASI MEDIK

A. 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 diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber data :	Rekam medik
Standar :	≤ 50 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

B. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik.

Judul :	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi Mutu :	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan :	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi Operasional :	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah seluruh pasien yang diprogram

	rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data :	Rekam medis
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

C. 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 komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator :	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data :	Survei
Standar :	≥ 80 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

X. FARMASI

A. 1. 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 1 bulan
Denominator :	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data :	Survey

Standar :	30 menit
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Farmasi

2. 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 komulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data :	Survey
Standar :	60 menit
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Farmasi

B. 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 pemberian 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 :	Survey
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Farmasi

C. 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 komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator :	Jumlah total pasien yang disurvei (nominimal 50)
Sumber data :	Survei
Standar :	≥ 80 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Farmasi

D. 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 RS
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah seluruh resep yang diambil sampel dalam 1 bulan (n minimal 50)
Sumber data :	Survei
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Kepala Instalasi Farmasi

XI. GIZI

A. 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 mendapatkan makanan tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data :	Survei
Standar :	$\geq 90 \%$
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Kepala Instalasi Gizi - Kepala Instalasi Rawat Inap

B. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul :	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu :	Efektifitas dan Efisiensi
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 komulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator :	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber data :	Survei
Standar :	$\leq 20 \%$
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Kepala Instalasi Gizi - Kepala Instalasi Rawat Inap

C. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul :	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu :	Keamanan, efisiensi
Tujuan :	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional :	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator :	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data :	Survey
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	- Kepala Instalasi Gizi - Kepala Instalasi Rawat Inap

XII. TRANSFUSI DARAH

A. 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 RS 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 :	Survey
Standar :	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data :	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan Bank Darah Unit Pengelolaan Darah

B. Kejadian reaksi transfusi

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

XIII. REKAM MEDIS

A. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul :	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu :	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan :	Tergambarnya tanggungjawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional :	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu $\leq$ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator :	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data :	Survey
Standar :	100 %
Penanggungjawab :	- Kepala Instalasi Rekam Medik - Wadir Pelayanan

B. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul :	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu :	Keselamatan
Tujuan :	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapatkan persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi Operasional :	Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator :	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data :	Survey
Standar :	100 %
Penanggungjawab :	Kepala Instalasi Rekam Medik

C. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul :	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu :	Efektifitas, kenyamanan dan efisiensi
Tujuan :	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional :	Dokumentasi rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data :	Tiap bulan
Periode analisis :	Tiap tiga bulan
Numerator :	Jumlah komulatif 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 survey pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang medis untuk pasien lama
Standar :	Rerata $\leq$ 10 Menit
Penanggungjawab :	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 dan efisiensi
Tujuan :	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat inap
Definisi Operasional :	Dokumentasi rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medik 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 dibangsal pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data :	Tiap bulan
Periode analisis :	Tiap tiga bulan
Numerator :	Jumlah komulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator :	Total penyediaan rekam medis yang diamati.
Sumber data :	Hasil survey pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan.
Standar :	Rerata $\leq$ 15 Menit
Penanggungjawab :	Kepala Instalasi Rekam Medis

XIV. Pengolahan Limbah

A. Buku Mutu Limbah Cair

Judul :	Buku mutu limbah cair
Dimensi Mutu :	Keselamatan
Tujuan :	Tergambarnya kepedulian RS terhadap keamanan limbah cair RS
Definisi Operasional :	Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indikator : BOD (Biologi Oxygen demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/liter PH : 6 – 9
Frekuensi Pengumpulan Data :	3 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair RS yang sesuai dengan baku mutu
Denominator :	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data :	Hasil pemeriksaan
Standar :	100 %
Penanggungjawab :	Kepala IPSRS

B. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul :	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi Mutu :	Keselamatan
Tujuan :	Tergambarnya suatu penanganan limbah padat infeksius di RS
Definisi Operasional :	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau mencederai, antara lain: 1. Sisa jam 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 SPO yang diamati
Denominator :	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data :	Hasil pengamatan
Standar :	100 %
Penanggungjawab :	- Kepala IPSRS - Komite K3 RS

XV.Administrasi Manajemen

C. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Judul :	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi Mutu :	Efektifitas
Tujuan :	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di RS
Definisi Operasional :	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan dan 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 1 bulan
Denominator :	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam 1 bulan
Sumber data :	Notulen rapat
Standar :	100 %
Penanggungjawab :	Direktur Rumah Sakit

D. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul :	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu :	Efektifitas, efisiensi
Tujuan :	Tergambarnya kepedulian administrasi RS dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional :	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban RS untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan / kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawab secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator pada rencana strategik bisnis RS, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja dilakukan minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 tahun
Periode analisis :	1 tahun
Numerator :	Laopran akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam 1 tahun
Denominator :	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 tahun
Sumber data :	Bagian tata usaha
Standar :	100 %
Penanggungjawab :	Direktur

E. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul :	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu :	Efektifitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan :	Tergambarnya kepedulian RS terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional :	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan 2 periode dalam 1 tahun yaitu bulan april dan oktober
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 tahun
Periode analisis :	1 tahun
Numerator :	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator :	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 tahun yang sudah melengkapi persyaratan kenaikan pangkat
Sumber data :	Sub Bag. Kepegawaian dan TU
Standar :	100 %
Penanggungjawab :	Kepala Sub Bag. Kepegawaian dan TU

F. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul :	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu :	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan :	Tergambarnya kepedulian RS terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional :	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 tahun
Periode analisis :	1 tahun
Numerator :	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator :	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data :	Sub Bag. Kepegawaian dan TU
Standar :	100 %
Penanggungjawab :	Kepala Sub Bag. Kepegawaian dan TU

G. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul :	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi Mutu :	Kompetensi teknis
Tujuan :	Tergambarnya kepedulian RS terhadap sumber daya manusia
Definisi Operasional :	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di RS ataupun diluar RS yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 tahun
Periode analisis :	1 tahun
Numerator :	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator :	Jumlah seluruh karyawan RS
Sumber data :	Sub Bag. Kepegawaian dan TU
Standar :	≥ 60 %
Penanggungjawab :	Kepala Sub Bag. Kepegawaian dan TU

H. *Cost Recovery*

Judul :	<i>Cost Recovery</i>
Dimensi Mutu :	Efisiensi,efektivitas
Tujuan :	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan RS
Definisi Operasional :	Cost Recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah pembelajaan operasional dalam satu bulan
Sumber data :	Sub Bag. Keuangan
Standar :	≥ 40 %
Penanggungjawab :	Kepala Sub Bag. Kepegawaian dan TU/ Keuangan

I. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul :	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu :	Efektifitas
Tujuan :	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan RS
Definisi Operasional :	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya.
Frekuensi Pengumpulan Data :	3 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan
Denominator :	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data :	Sub Bag. Keuangan
Standar :	100 %
Penanggungjawab :	Kepala Sub Bag. Kepegawaian dan TU/Keuangan

J. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul :	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu :	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan :	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional :	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data :	Tiap bulan
Periode analisis :	Tiap 3 bulan
Numerator :	Jumlah komulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data :	Hasil pengamatan
Standar :	≤ 2 jam
Penanggungjawab :	Bagian Keuangan

K. Ketepatan waktu pemberian imbalan (Insentif) sesuai kesepakatan waktu

Judul :	Ketepatan waktu pemberian imbalan (Insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu :	Efektifitas
Tujuan :	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional :	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi Pengumpulan Data :	Tiap 6 bulan
Periode analisis :	Tiap 6 bulan
Numerator :	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator :	6
Sumber data :	Catatan Bag. Keuangan
Standar :	100 %
Penanggungjawab :	Bagian Keuangan

XV. Ambulance

A. Waktu pelayanan ambulance

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

B. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance

Judul :	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di RS
Dimensi Mutu :	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan :	Terganbarnya ketanggapan RS dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance
Definisi Operasional :	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance adalah waktu dibutuhkan mulai permintaan ambulance diajukan oleh pasien/keluarga pasien di RS sampai tersedianya ambulance, maksimal 30 menit.
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah penyediaan ambulance yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
Sumber data :	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar :	≤ 30 menit
Penanggungjawab :	Penanggungjawab Ambulance

XVI. Pemulasaraan Jenazah

A. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul :	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi Mutu :	Kenyamanan
Tujuan :	Tergambarnya kepedulian RS terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah
Definisi Operasional :	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran 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 komulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator :	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data :	Hasil pengamatan
Standar :	≤ 2 jam
Penanggungjawab :	Kepala Instalasi Rawat Darurat

XVII. Pelayanan Pemeliharaan sarana Rumah Sakit

A. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul :	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu :	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan :	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat yang rusak
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 ditindak lanjuti 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 denga 15 menit dalam satu bulan
Denominator :	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data :	Catatan laporan kerusakan alat
Standar :	≥ 80 %
Penanggungjawab :	Kepala IPSRS

B. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul :	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu :	Efektifitas,efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan :	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional :	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	3 bulan
Numerator :	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service)tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator :	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data :	Register pemeliharaan alat
Standar :	100 %
Penanggungjawab :	Kepala IPSRS

C. 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 efektifitas
Tujuan :	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional :	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh balai pengamanan fasilitas keasehatan` (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 tahun
Periode analisis :	1 tahun
Numerator :	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator :	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data :	Buku registeri
Standar :	100 %
Penanggungjawab :	Kepala Instalasi Laboratorium

XVIII. Pelayanan Laundry

A. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul :	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu :	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan :	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional :	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	1 bulan
Numerator :	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator :	Jumlah linen yang seharusnya ada padahari sampling tersebut
Sumber data :	Survey
Standar :	100 %
Penanggungjawab :	Kepala Instalasi Laundry

B. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang inap

Judul :	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang inap
Dimensi Mutu :	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan :	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional :	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data :	1 bulan
Periode analisis :	1 bulan
Numerator :	Jumlah hari dalam 1 bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator :	Jumlah hari dalam 1 bulan
Sumber data :	Survey
Standar :	100 %
Penanggungjawab :	Kepala Instalasi Laundry

XIX. PENCEGAHAN PENEGNDALIAN INFEKSI

A. Tim PPI

Judul :	Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu :	Kompetensi Teknis
Tujuan :	Tersedianya tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI
Definisi Operasional :	Anggota tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data :	Setiap 3 bulan
Periode analisis :	Setiap 1 tahun
Numerator :	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator :	Jumlah anggota tim PPI
Sumber data :	Kepegawaian
Standar :	75 %
Penanggungjawab :	Ketua Komite PPI

B. Koordinasi APD

Judul :	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu :	Mutu pelayanan, Keamanan pasien, Petugas, dan pengunjung
Tujuan :	Tersedianya APD disetiap instalasi RS
Definisi Operasional :	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atua 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 RS
Sumber data :	Survey
Standar :	75 %
Penanggungjawab :	Tim PPI Rumah Sakit

C. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi Nosokomial

Judul :	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS
Dimensi Mutu :	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan :	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS
Definisi Operasional :	Kegiatan pengamatan factor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek liar)pada instalasi yang tersedia di RS. Minimal 1 (satu) parameter, antara lain : ILO, ILI, VAP, ISK
Frekuensi Pengumpulan Data :	Setiap hari
Periode analisis :	1 bulan
Numerator :	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator :	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data :	Survey
Standar :	75 %
Penanggungjawab :	Tim PPI Rumah Sakit

Keterangan :
ILO : Infeksi Luka Operasi
ILI : Infeksi Luka Infus
VAP : Ventilator Assosiated Pneumonie
ISK : Infeksi Saluran Kemih

BUPATI KUTAI KARTANEGARA,

ttd

EDI DAMANSYAH

LAMPIRAN III : PERATURAN BUPATI KUTAI KARTANEGARA
 NOMOR 16 TAHUN 2019 TANGGAL 14 MEI 2019
 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AM PARIKESIT

TARGET PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

NO	JENIS LAYANAN	INDIKATOR	STANDAR MINIMAL	TARGET				
				2018	2019	2020	2021	2022
1	INSTALASI RAWAT DARURAT	1. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
		3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS	100 %	95 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim	1 Tim
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit	≤ 5 menit
		6. Kepuasan pelanggan pada Gawat Darurat	≥ 70 %	≥ 70%	≥ 70 %	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%
		7. Kematian pasien kematian < 24 jam di Gawat Darurat	≤ 2 perseribu	≤ 2 perseribu	≤ 2 perseribu	≤ 2 perseribu	≤ 2 perseribu	≤ 2 perseribu
		8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2	PELAYANAN RAWAT JALAN	1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan	Min. Kes Anak, Peny. Dalam, Obgyn dan bedah	Ada > 4	Ada > 4	Ada > 4	Ada > 4	Ada > 4
		3. Buka pelayanan sesuai ketentuan	07.30 – Selesai	07.30 – Selesai	07.30 – Selesai	07.30 – Selesai	07.30 – Selesai	07.30 – Selesai
		4. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit
		5. Kepuasan pelanggan di rawat jalan	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %
		6. a. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %
		b. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %

		7. Ketersediaan pelayanan jiwa di poliklinik spesialis	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada
3	PELAYANAN RAWAT INAP	1. Pemberi pelayanan rawat inap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		2. Dokter penanggung jawab pasien (DPJP) rawat inap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	Min. Kes. Anak, Peny. Dalam, Bedah, Obgyn	Ada > 4	Ada > 4	Ada > 4	Ada > 4	Ada > 4
		4. Jam visite dokter spesialis	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %
		6. Angka kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5 %	1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	100 % ≤ 0,24 % ≤ 2,4 / 1000	100 % ≤ 0,24 %	100 % 0,24 %	100 % 0,24 %	100 % 0,24 %	100 % 0,24 %
		8. Kematian pasien > 48 jam	(internasional NDR ≤ 25/1000 (Indonesia)					
		9. Kejadian pulang paksa	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %	≤ 5 %
		10. Kepuasan pasien rawat inap	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90%	≥ 90 %	≥ 90%	≥ 90%
		11. a. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %
		b. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di RS	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %
4	BEDAH SENTRAL	1. Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari
		2. Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %

		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %
5	PERSALINAN DAN PERINATOLOGI	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	Perdarahan ≤ 0 % pre-eklampsia ≤ 0 % sepsis ≤ 0 %	0 % 0 % 0 %	0 % 0 % 0 %	0 % 0 % 0 %	0 % 0 % 0 %	0 % 0 % 0 %
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal (dr. Sp. OG, dr. Umum, bidan)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim PONEX)	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr						
		6. Pertolongan persalinan melalui SC	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %	≤ 100 %
		7. Keluarga Berencana a. Keluarga Berencana b. Konseling KB Mantap	100 % 100 %	100 % 100 %	100 % 100 %	100 % 100 %	100 % 100 %	100 % 100 %
		8. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
6	PELAYANAN INTENSIF	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %	≤ 3 %
		2. Pemberi pelayanan unit intensif	a. 100 % dokter Sp. Anestesi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
			b. 50 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)	50 %	50 %	50 %	50 %	50 %
7	RADIOLOGI	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thoraks foto	≤ 3%	≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam
		2. Pelaksana ekspertise hasil pemeriksaan	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤ 2 %	≤ 2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %

8	LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit (manual)	≤ 140 menit (manual)	≤ 140 menit (manual)	≤ 140 menit (manual)	≤ 140 menit (manual)	≤ 140 menit (manual)
		2. Pelaksana ekspertise hasil pemeriksaan laboratorium	dokter Sp. PK (100%)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		4. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
9	REHABILITASI MEDIK	1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50 %
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
10	FARMASI	1. a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit
		b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3. Kepuasan pelanggan	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
		4. Penulisan resep sesuai formularium	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
11	GIZI	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %
		3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
12	TRANSFUSI DARAH	1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		2. Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %	≤ 0,01 %
13	REKAM MEDIK	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	1 x 24 jam	1 x 24 jam	1 x 24 jam	1 x 24 jam	1 x 24 jam	1 x 24 jam
		2. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit	≤ 15 menit
14	PENGELOLAAN LIMBAH	1. Baku mutu limbah cair a. BOD< 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l
		b. COD<80mg/l	< 80 mg/l	< 80 mg/l	< 80 mg/l	< 80 mg/l	< 80 mg/l	< 80 mg/l
		c. TSS<30mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l	< 30 mg/l
		d. PH 6-9	PH 6 – 9	PH 6 – 9	PH 6 – 9	PH 6 – 9	PH 6 – 9	PH 6 – 9
		2. Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
15	ADMINISTRASI / MANAJEMEN	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %
		6. Cost recovery	≥ 40 %	≥ 40 %	≥ 40 %	≥ 40 %	≥ 40 %	≥ 40 %
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
16	AMBULANCE / KERETA JENAZAH	1. Waktu pelayanan ambulance	24 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di RS	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit

		3. Respon time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan (sesuai kebutuhan berlaku)	≤ 45 menit	≤ 45 menit	≤ 45 menit	≤ 45 menit	≤ 45 menit	≤ 45 menit
17	PEMULASARAAN JENAZAH	1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam	≤ 2 jam
18	PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	≥ 100 %	≥ 100 %	≥ 100 %	≥ 100 %	≥ 100 %	≥ 100 %
		3. Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	≥ 100 %	≥ 100 %	≥ 100 %	≥ 100 %	≥ 100 %	≥ 100 %
19	PELAYANAN LAUNDRY	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
20	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim Pencegahan Penanggulangan Infeksi	1. Anggota Tim PPI yang terlatih 75%	75 %	75 %	75 %	75 %	75 %
		2. Tersedia APD di setiap instalasi/departemen	2. 60%	60%	60%	60%	60%	60%
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	3. 75%	75%	75%	75%	75%	75%

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
Sekretariat Kabupaten Kutai Kartanegara
Kepala Bagian Hukum

PURNOMO, SH
NIP. 19780605200212 1 002

BUPATI KUTAI KARTANEGARA,

td

EDI DAMANSYAH