



BUPATI BELITUNG TIMUR
PROVINSI KEPULAUAN BANGKA BELITUNG
PERATURAN BUPATI BELITUNG TIMUR
NOMOR 33 TAHUN 2025
TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
MUHAMMAD ZEIN TAHUN 2025-2029

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA,

BUPATI BELITUNG TIMUR,

- Menimbang : a. bahwa kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang harus diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal;
- b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan memiliki peran strategis dalam membantu percepatan derajat kesehatan, oleh karena itu rumah sakit berkewajiban untuk menyelenggarakan layanan kesehatan masyarakat sesuai standar yang ditetapkan;
- c. bahwa standar pelayanan minimal rumah sakit perlu memuat jenis dan mutu layanan minimal, sebagai alat ukur mutu pelayanan yang dapat mendukung pencapaian indikator kinerja rumah sakit, sehingga perlu ditindaklanjuti dengan penyusunan standar pelayanan minimal rumah sakit;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Muhammad Zein Tahun 2025-2029;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2000 tentang Pembentukan Propinsi Kepulauan Bangka Belitung (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 217, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4033);
3. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Bangka Selatan, Kabupaten Bangka Tengah, Kabupaten Bangka Barat, dan Kabupaten Belitung Timur di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2003, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4268);

4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
5. 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 beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
6. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);

12. Peraturan Daerah Kabupaten Belitung Timur Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Belitung Timur (Lembaran Daerah Kabupaten Belitung Timur Tahun 2016 Nomor 10, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Belitung Timur Nomor 43) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Belitung Timur Nomor 8 Tahun 2024 tentang Perubahan Keempat Atas Peraturan Daerah Kabupaten Belitung Timur Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Belitung Timur (Lembaran Daerah Kabupaten Belitung Timur Tahun 2024 Nomor 8, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Belitung Timur Nomor 137);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUHAMMAD ZEIN TAHUN 2025-2029.

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Belitung Timur.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Belitung Timur.
3. Bupati adalah Bupati Belitung Timur.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD adalah RSUD Muhammad Zein Kabupaten Belitung Timur.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur.
6. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang medik, pelayanan penunjang non medik dan pelayanan administrasi manajemen.
7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan yang Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.
8. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

9. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
10. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, dimana tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar operasional prosedur dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
11. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh Rumah Sakit dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
12. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
13. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan suatu yang harus dicapai.
14. Batas Waktu Pencapaian adalah waktu yang ditetapkan oleh Bupati untuk mencapai target SPM Rumah Sakit.
15. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksud untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
16. Pengawas Internal adalah satuan kerja fungsional dari lingkup internal rumah sakit dan bertanggung jawab kepada direktur, bertugas untuk melakukan pengawasan dan pengendalian kegiatan di Rumah Sakit agar sesuai dengan SPM.
17. Pengawas Eksternal adalah satuan kerja fungsional yang berasal dari lingkup internal rumah sakit dan bertanggung jawab kepada Bupati, bertugas untuk melakukan pengawasan dan pengendalian kegiatan di rumah sakit agar sesuai dengan SPM.
18. Dewan Pengawas adalah unit non structural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat non teknis perumahsakitannya yang melibatkan unsur masyarakat.

Pasal 2

SPM dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM Rumah Sakit.

Pasal 3

SPM bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang Definisi Operasional, Indikator Kinerja, ukuran atau satuan rujukan, target yang harus dicapai mengacu pada target nasional dengan kerangka waktu pencapaian sesuai kemampuan RSUD, serta cara perhitungan/rumus/pembilang/penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja.

BAB II SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

Pasal 4

- (1) Sistematika dokumen SPM di RSUD disusun dalam bentuk:
 - a. pendahuluan;
 - b. sistematika dokumen standar pelayanan minimal rumah sakit
 - c. SPM; dan
 - d. penutup.
- (2) Isi dan uraian sistematika SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) RSUD melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM.
- (2) Direktur RSUD bertanggungjawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada RSUD yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

BAB IV PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 6

- (1) Pembinaan atas penerapan SPM pada RSUD dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.

- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a. penghitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
 - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

Pasal 7

- (1) Pengawasan penerapan SPM RSUD dilakukan oleh Pengawas Internal dan Dewan Pengawas.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh internal auditor yang berkedudukan langsung di bawah Pimpinan RSUD.
- (3) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Keputusan Bupati.

BAB V KETENTUAN PENUTUP

Pasal 8

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Belitung Timur Nomor 49 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur (Berita Daerah Kabupaten Belitung Timur Tahun 2014 Nomor 49) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bupati Nomor 19 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Belitung Timur Nomor 49 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Belitung Timur (Berita Daerah Kabupaten Belitung Timur Tahun 2018 Nomor 19), dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 9

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Manggar
pada tanggal 1 OKTOBER 2025

BUPATI BELITUNG TIMUR,



KAMARUDIN MUTEN

Diundangkan di Manggar
pada tanggal 1 OKTOBER 2025

Pj. SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN BELITUNG TIMUR,



ELINDRY YANI

BERITA DAERAH KABUPATEN BELITUNG TIMUR TAHUN 2025 NOMOR 33

BAB I PENDAHULUAN

a. LATAR BELAKANG

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H, ayat (1) perubahan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

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

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal BAB II Bagian Ketiga Pasal 6 ayat 1 menyatakan: SPM Kesehatan mencakup SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota. Ayat 4 Mutu Pelayanan Dasar setiap jenis pelayanan dasar sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) ditetapkan dalam standar teknis, yang sekurang-kurangnya memuat:

- a. Standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa;
- b. Standar jumlah dan kualitas personel/sumber daya manusia kesehatan;
dan
- c. Petunjuk teknis atau tata cara pemenuhan standar.

Secara umum Peraturan Pemerintah ini mengatur mengenai penetapan dan penerapan SPM, jenis SPM termasuk materi muatannya yang terdiri atas jenis pelayanan dasar, mutu pelayanan dasar, dan penerima pelayanan dasar, penerapan dan pelaporan SPM pembinaan dan pengawasan SPM, ketentuan lain-lain, dan ketentuan penutup yang salah satunya menyatakan bahwa Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang pedoman Penyusunan dan penerapan Standar Pelayanan Minimal dicabut dan dinyatakan tidak berlaku

b. MAKSUD DAN TUJUAN

SPM RSUD ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM rumah sakit. SPM ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan, target yang harus dicapai mengacu pada target nasional dengan kerangka waktu pencapaian sesuai kemampuan RSUD.

c. PRINSIP PENYUSUNAN DAN PENETAPAN SPM

Dalam menyusun SPM telah memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a. konsensus, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan departemen terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusun;
- b. sederhana, SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami;
- c. nyata, SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis;
- d. terukur, seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif ataupun kuantitatif;
- e. terbuka, SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat;
- f. terjangkau, SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia;
- g. akuntabel, SPM dapat di pertanggungjawabkan kepada publik; dan
- h. bertahap, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

BAB II
SISTEMATIKA DOKUMEN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit adalah merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada Masyarakat. Standar pelayanan disusun agar pelayanan yang diberikan tidak hanya memenuhi kebutuhan medis, tetapi juga sesuai dengan standar mutu yang diakui secara nasional dan internasional. Dengan adanya standar pelayanan minimal, rumah sakit dapat memastikan bahwa setiap pasien memperoleh layanan yang aman, efektif, dan tepat waktu sesuai dengan jenis pelayanan yang tersedia. Dokumen Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit disusun dengan sistematika sebagai berikut :

Bab I Pendahuluan yang terdiri dari :

- a. Latar Belakang, yang menjelaskan dasar kebutuhan dan alasan penyusunan SPM;
- b. Maksud dan Tujuan; menguraikan tujuan penyusunan SPM, seperti menjamin mutu, transparansi, dan akuntabilitas;
- c. Prinsip Penyusunan dan Penetapan SPM; adalah aturan atau dasar-dasar pertimbangan yang menjadi pokok dasar berpikir atau bertindak.

Bab II Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal

Merupakan kerangka atau urutan yang terstruktur yang menguraikan pokok bahasan dalam penyusunan standar pelayanan, serta susunan garis besar isi dokumen.

Bab III Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Adalah kumpulan jenis-jenis layanan kesehatan yang dilaksanakan rumah sakit dengan memperhatikan indikator dan standar pencapaian kinerja atas pelaksanaan layanan, juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan kepada Masyarakat.

Bab IV Penutup

Memuat kesimpulan dan hal-hal yang perlu menjadi perhatian dalam pelaksanaan dan evaluasi SPM.

BAB III
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUHAMMAD ZEIN

A. Jenis – Jenis Pelayanan Di Rumah Sakit

Jenis – jenis pelayanan pada pusat pertanggungjawaban di Rumah Sakit yang minimal wajib disediakan oleh Rumah Sakit meliputi:

1. Pelayanan gawat darurat;
2. Pelayanan rawat jalan;
3. Pelayanan rawat inap;
4. Pelayanan bedah;
5. Pelayanan persalinan dan perinatologi;
6. Pelayanan intensif;
7. Pelayanan radiologi;
8. Pelayanan laboratorium patologi klinik;
9. Pelayanan rehabilitasi medik;
10. Pelayanan farmasi;
11. Pelayanan gizi;
12. Pelayanan transfusi darah;
13. Pelayanan keluarga miskin;
14. Pelayanan rekam medik;
15. Pengelolaan limbah;
16. Pelayanan administrasi manajemen;
17. Pelayanan ambulans/kereta jenazah;
18. Pelayanan pemulasaraan jenazah;
19. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
20. Pelayanan laundry;
21. Pencegah Pengendalian Infeksi.

B. SPM setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar

Adapun Standar Pelayanan minimal untuk setiap pelayanan, indikator dan standar dapat dilihat pada Tabel di bawah ini.

TABEL 1
INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
MUHAMMAD ZEIN

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal 2024)	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggungjawab
		Uraian			2025	2026	2027	2028	2029	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Pelayanan Gawat Darurat	- Kemampuan Menangani life saving anak dan dewasa	100%	98%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		- Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat (BLS/PPGD/GELS/ALS)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kasubag SDM dan Diklat
		- Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu Tim	Satu Tim	Satu Tim	Satu Tim	Satu Tim	Satu Tim	Satu Tim	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		- Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		- Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat Darurat	≤ 5 (lima) menit terlayani, setelah pasien datang	0,3 menit	4 (empat) menit terlayani, setelah pasien datang	4 (empat) menit terlayani, setelah pasien datang	4 (empat) menit terlayani, setelah pasien datang	4 (empat) menit terlayani, setelah pasien datang	4 (empat) menit terlayani, setelah pasien datang	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu
		- Tidak ada pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		- Kematian pasien < 24 Jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	1 %	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		Pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam	100%	-	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		- Kepuasan Pasien	≥ 70%	85,72%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 75%	≥ 75%	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu/Panitia Mutu

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal 2024)	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggungjawab
		Uraian			2025	2026	2027	2028	2029	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2	Pelayanan Rawat Jalan	- Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		- Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		- Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 (Setiap hari kerja kecuali Jumat: 08.00-11.00)	08.00 s/d 13.00 (setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00)	08.00 s/d 13.00 (Setiap hari kerja kecuali Jumat: 08.00-11.00)	08.00 s/d 13.00 (Setiap hari kerja kecuali Jumat: 08.00-11.00)	08.00 s/d 13.00 (Setiap hari kerja kecuali Jumat: 08.00-11.00)	08.00 s/d 13.00 (Setiap hari kerja kecuali Jumat: 08.00-11.00)	08.00 s/d 13.00 (Setiap hari kerja kecuali Jumat: 08.00-11.00)	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		- Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	79 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu
		- Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop/TCM TB	≥ 60%	100%	≥ 90%	≥ 90%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		- Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥60 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		Ketersediaan pelayanan poliklinik jiwa	a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik d. Gangguan Neurotik e.Mental Retardasi f.MentalOrganik g.UsiaLanjut	100%	a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik d. Gangguan Neurotik e.Mental Retardasi f.MentalOrganik g.UsiaLanjut	a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik d. Gangguan Neurotik e.Mental Retardasi f.MentalOrganik g.UsiaLanjut	a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik d. Gangguan Neurotik e.Mental Retardasi f.MentalOrganik g.UsiaLanjut	a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik d. Gangguan Neurotik e.Mental Retardasi f.MentalOrganik g.UsiaLanjut	a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik d. Gangguan Neurotik e.Mental Retardasi f.MentalOrganik g.UsiaLanjut	Kepala Instalasi Rawat Jalan

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal 2024)	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggungjawab
		Uraian			2025	2026	2027	2028	2029	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		- Kepuasan Pasien	≥ 90%	85,11%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu
3	Pelayanan Rawat Inap	- Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a.Dokter Spesialis b. Perawat Minimal Pendidikan D3	a. Dokter spesialis b. Perawat Minimal Pendidikan D3	a.Dokter Spesialis b. Perawat Minimal Pendidikan D3	a.Dokter Spesialis b. Perawat Minimal Pendidikan D3	a.Dokter Spesialis b. Perawat Minimal Pendidikan D3	a.Dokter Spesialis b. Perawat Minimal Pendidikan D3	a.Dokter Spesialis b. Perawat Minimal Pendidikan D3	Kepala Instalasi Rawat Inap
		- Ketersediaan Pelayanan Rawat	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	Kepala Instalasi Rawat Inap
		- Dokter Penanggung Jawab pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		- Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.00 (Setiap hari kerja)	08.00 s/d 14.00 (Setiap hari kerja)	08.00 s/d 14.00 (Setiap hari kerja)	08.00 s/d 14.00 (Setiap hari kerja)	08.00 s/d 14.00 (Setiap hari kerja)	08.00 s/d 14.00 (Setiap hari kerja)	08.00 s/d 14.00 (Setiap hari kerja)	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu
		- Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5%	0,01%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu
		- Kejadian infeksi nosokomial	≤ 1,5%	0%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	≤ 1,5%	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu
		- Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat atau kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		- Rawat Inap TB : Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60%	100%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	Kepala Instalasi Rawat Inap

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal 2024)	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggungjawab
		Uraian			2025	2026	2027	2028	2029	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		- Rawat Inap TB : Terlaksananya kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit	≥ 60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
		- Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,24%	1%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	≤ 0,24%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu
		- Kejadian Pulang Paksa	≤ 5%	2%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu
		- Kepuasan Pasien	≥ 90%	83,92%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu
4	Bedah Sentral (Bedah Saja)	- Waktu tunggu operasi elektif	≤ 2 hari	2 hari	≤2 hari	≤2 hari	≤2 hari	≤2 hari	≤2 hari	Ketua Instalasi Bedah Sentral
		- Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik
		- Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik
		- Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik
		- Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Ketua Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik
		- Komplikasi anestesi karena overdosis,reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotrachel tube (ET)	≤ 6%	0%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	Ketua Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik
		- Kejadian kematian di meja operasi	≤ 1%	0%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	Ketua Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik
		- Kepuasan Pasien	≥ 90%	-	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal 2024)	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggungjawab
		Uraian			2025	2026	2027	2028	2029	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
5	Persalinan dan Perinatologi	- Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	a. Dokter SpOG b. Dokter Umum (terlatih Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	Komite Mutu
		- Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Tim PONEK yang terlatih	Komite Mutu
		- Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter SpOG b. Dokter SPA c. Dokter Sp.An	a. . Dokter SpOG b. Dokter SpA c. Dokter SpAn	a. Dokter SpOG b. Dokter SPA c. Dokter Sp.An	a. Dokter SpOG b. Dokter SPA c. Dokter Sp.An	a. Dokter SpOG b. Dokter SPA c. Dokter Sp.An	a. Dokter SpOG b. Dokter SPA c. Dokter Sp.An	a. Dokter SpOG b. Dokter SPA c. Dokter Sp.An	Komite Mutu
		- Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 gr)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Medik/Komite Mutu
		- Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria	≤ 20 %	59%	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	Komite Mutu
		- Keluarga Berencana : a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og , dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr.Umum terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan
		- Keluarga Berencana : b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan
		- Kejadian Kematian ibu karena persalinan	a. Pendarahan≤ 1 % b. Pre-eklampsia	a. Perdarahan 0% b.Pre	a. Pendarahan≤ 1 % b. Pre-eklampsia	a. Pendarahan≤ 1 % b. Pre-eklampsia	a. Pendarahan≤ 1 % b. Pre-eklampsia	a. Pendarahan≤ 1 % b. Pre-eklampsia ≤	a. Pendarahan≤ 1 % b. Pre-eklampsia ≤	Komite Medik

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal 2024)	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggungjawab
		Uraian			2025	2026	2027	2028	2029	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
			≤ 30 % c. Sepsis ≤ 0,2 %	eklampsia 0 % c.Sepsis 0%	≤ 30 % c. Sepsis ≤ 0,2 %	≤ 30 % c. Sepsis ≤ 0,2 %	≤ 30 % c. Sepsis ≤ 0,2 %	30 % c. Sepsis ≤ 0,2 %	30 % c. Sepsis ≤ 0,2 %	
		- Kepuasan Pasien	≥ 80%	85,37%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu
6	Intensif	- Pemberi Pelayanan Unit Intensif	a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan Sertifikat Perawat Mahir ICU/Setara (D4)	a. Dokter Spesialis Anastesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara D4	a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan Sertifikat Perawat Mahir ICU/Setara (D4)	a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan Sertifikat Perawat Mahir ICU/Setara (D4)	a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan Sertifikat Perawat Mahir ICU/Setara (D4)	a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan Sertifikat Perawat Mahir ICU/Setara (D4)	a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% Perawat minimal D3 dengan Sertifikat Perawat Mahir ICU/Setara (D4)	Kepala Instalasi Intensif/Komite Medik/Komite Mutu
		- Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	0%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	Kepala Instalasi Intensif/Komite Medik/Komite Mutu
7	Radiologi	- Pelaksana Ekspertisi	Dokter Spesialis Radiologi	98,99%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Radiologi
		- Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax	≤ 3 jam	97,29 menit	≤2,5 jam	97,28	97,25	97,24	97,23	Kepala Instalasi Radiologi
		- Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen	Kerusakan Foto ≤ 2%	0%	≤ 1%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Radiologi
		- Kepuasan Pasien	≥ 80%	-	≥80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 82%	≥ 82%	Komite Medik/Komite Mutu

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal 2024)	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggungjawab
		Uraian			2025	2026	2027	2028	2029	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
8	Lab. Patologi Klinik	- Pelaksanaan Ekspertisi	Dokter spesialis patologi klinik	Dokter Spesialis Patologi Klinik	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium
		- Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit Kimia Darah & Darah Rutin	≤ 120 Menit Kimia Darah & Darah Rutin	94 Menit	90 menit	85 menit	80 menit	80 menit	Kepala Instalasi Laboratorium
		- Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100% Tidak ada Kesalahan	100% Tidak ada Kesalahan	100% Tidak ada Kesalahan	100% Tidak ada Kesalahan	100% Tidak ada Kesalahan	100% Tidak ada Kesalahan	Kepala Instalasi Laboratorium
		Tidak adanya kejadian tertukar spesimen	100% tidak ada tertukar spesimen	100% tidak ada tertukar spesimen	100% tidak ada tertukar spesimen	100% tidak ada tertukar spesimen	100% tidak ada tertukar spesimen	100% tidak ada tertukar spesimen	100% tidak ada tertukar spesimen	Kepala Instalasi Laboratorium
		- Kepuasan Pasien	≥ 80%	-	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 82%	≥ 82%	Kepala Instalasi Laboratorium
9	Rehabilitasi Medik	- Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
		- Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan	≤ 50%	6,78%	6,00%	5,51%	5,00%	4,53%	4,00%	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
		kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik Okupasi Terapi yang direncanakan	≤ 50%	20,58%	20,00%	19,00%	18,00%	17%	16%	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
		kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik Terapi wicara yang direncanakan	≤ 50%	21,10%	21,00%	19%	18%	17%	16%	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
		- Kepuasan Pasien	≥ 80%		≥80%	≥80%	≥80%	≥85%	≥85%	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

[illegible]

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal 2024)	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggungjawab
		Uraian			2025	2026	2027	2028	2029	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
14	Rekam Medik	- Waktu penyediaan dokumen Rekam medik rawat jalan	≤ 10 menit	34,92 menit	≤10 menit	≤10 menit	≤10 menit	≤10 menit	≤10 menit	Kepala Instalasi Rekam Medik
		- Waktu Penyediaan dokumen rekam medik rawat inap	≤ 15 menit	51,42 Menit	≤10 menit	≤10 menit	≤10 menit	≤10 menit	≤10 menit	Kepala Instalasi Rekam Medik
		- Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	41,10%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rekam Medik/Kepala Bidang Penunjang
		- Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	91,14%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rekam Medik
15	Pengelolaan Limbah	- Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Sanitasi
		- Baku mutu limbah cair	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg / l d. Ph 6-9	a.BOD<30mg /l, b.COD < 80 mg/l c.TSS<30mg /l d.PH 6-9	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg / l d. Ph 6-9	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg / l d. Ph 6-9	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg / l d. Ph 6-9	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg / l d. Ph 6-9	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg / l d. Ph 6-9	Kepala Instalasi Sanitasi
16	Administrasi dan Manajemen	- Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
		- Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha
		- Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha
		- Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal 2024)	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggungjawab
		Uraian			2025	2026	2027	2028	2029	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		- Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	1 Jam	≤ 1 jam	≤ 1 jam	≤1 jam	≤1 jam	≤1 jam	Bagian Keuangan
		- Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Bagian Keuangan
		- <i>Cost recovery</i>	≥ 40 %	52,15%	≥ 40 %	≥ 40 %	≥ 40 %	≥ 40 %	≥ 40 %	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan
		- Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
		- Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	≥ 60 %	30%	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	Kepala Bagian Tata Usaha
17	Ambulance/Kereta Jenazah	- Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 jam	24 Jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah
		- Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di RS	≤ 30 menit	14 Menit	≤13 menit	≤12 menit	≤10 menit	≤10 menit	≤10 menit	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah
		- Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	sesuai ketentuan daerah	14 Menit	≤13 menit	≤12 menit	≤10 menit	≤10 menit	≤10 menit	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah
18	Pemulasaran Jenazah	- Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 jam	4 menit	≤110 menit	≤105 menit	≤100 menit	≤100 menit	≤90 menit	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah
		Perawatan Jenazah Sesuai Standar <i>Universal Precaution</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah Rumah Sakit
		Tidak Adanya Kesalahan Identifikasi Jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah Rumah Sakit

No	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal 2024)	Rencana Pencapaian Tahun					Penanggungjawab
		Uraian			2025	2026	2027	2028	2029	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Waktu Tanggap Pelayanan Ambulans Kepada masyarakat yang membutuhkan	< 2 Jam (120 Menit)	5 menit	6 menit	7 menit	8 menit	9 menit	10 menit	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah Rumah Sakit
		Kepuasan Pelanggan	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah Rumah Sakit
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana RS	- Ketepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≥80%	95%	≥81%	≥82%	≥83%	≥84%	≥85%	Kepala IPRS
		- Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IPRS
		- Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala IPRS
20	Pelayanan Laundry	- Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry
		- Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laundry
21	Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	- Adanya anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim/Komite PPI yang terlatih 75%	76,9%	Anggota Tim/Komite PPI yang terlatih 75%	Anggota Tim/Komite PPI yang terlatih 75%	Anggota Tim/Komite PPI yang terlatih 75%	Anggota Tim/Komite PPI yang terlatih 75%	Anggota Tim/Komite PPI yang terlatih 75%	Ketua Komite PPI
		- Tersediaan APD di setiap instalasi/unit	60%	100%	60%	60%	60%	60%	60%	Tim PPI
		- Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/health care associated infection (HAI) di RS (min 1 parameter)	75%	100%	75%	75%	75%	75%	75%	Tim PPI

TABEL 2

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan Menangani *Lifesaving* Anak dan Dewasa

Judul	Kemampuan Menangani <i>life saving</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat pada bayi, anak, orang dewasa dan ibu melahirkan
Definisi Operasional	<i>Life Saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	Daftar Inventaris alat di UGD
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

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

3. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

Judul	Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten adalah tenaga pemberi pelayanan gawat darurat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS / BTLS / ACLS / PPGD / GELS yang masih Berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali

Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkinterjadi sewaktu -waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

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

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali

Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 70%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim mutu/panitia mutu

7. Kematian Pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat

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

8. Tidak Adanya Keharusan Membayar Uang Muka

Judul	Tidak Adanya Keharusan untuk Membayar Uang Muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat /Tim Mutu/Panitia Mutu

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi rawat jalan

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan klasifikasi rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100% (sesuai dengan kelas rumah sakit Permenkes Nomor 340/2010)
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi rawat jalan

3. Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at pukul 08.00s.d. 11.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu Tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

5. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan oleh dokter, perawat, petugas loket
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survey
Standar	≥90%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

6. Pasien Rawat Jalan TB yang ditangani dengan Strategi DOTS

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

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

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

2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

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

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap oleh tenaga spesialis yang kompeten di rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan rawat inap oleh dokter spesialis yang disediakan oleh rumah sakit sesuai dengan kelas rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	100% (sesuai dengan kelas rumah sakit Permenkes Nomor 340/2010)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

4. Jam Visite Dokter Spesialis

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

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian Infeksi Pasca Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah(pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

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

7. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh

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

8. Kematian Pasien > 48Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 24/1000 (internasional) atau ≤ 25/1000 (indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

9. Kejadian Pulang Paksa

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

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap

Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap oleh dokter, perawat dan kondisi ruangan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

11. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang ditangani dengan Strategi DOTS

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

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu Tunggu Operatif Elektif

Judul	Waktu Tunggu Operasi Elektif
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode 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 bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

2. Kejadian Kematian dimeja Operasi

Judul	Kejadian Kematian dimeja Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi 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

3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

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

5. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

Judul	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing pada Tubuh Pasien Setelah Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian tertinggal benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan Pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu Bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

7. Komplikasi Anastesi Karena Over Dosis, Reaksi Anantesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

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

V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI (KECUALI RUMAH SAKIT KHUSUS DI LUAR 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 perdarahan, pre eklamsia, eklampsia dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu: Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg Protein uria >5 gr/24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif-Oedemtungkai Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga 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 ≤ 1% pre-eklampsia ≤ 30%, sepsis ≤ 0,2%
Penanggung jawab	Komite medik

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah 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, SMF Kebidanan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala SMF Kebidanan

3. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum, dokter SpA, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum,eklampsia dan preeklampsia berat, tali pusat menumbung
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian, rekam medis, SMF Kebidanan
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Kepala SMF Kebidanan

4. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp,OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakanoperasi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite Mutu

5. Kemampuan Menangani BBLR 1500gr-2500gr

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

6. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Judul	Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien.
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab	Komite mutu

7. KepuasanPelanggan

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

VI. PELAYANANINTENSIF

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

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

2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

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

VII. RADIOLOGI

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil foto thorax adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medik
Standar	≤ 3%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan

Judul	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu Bulan
Sumber data	Register di Instalasi radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen
Dimensi mutu	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 Bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	≤2%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi

4. KepuasanPelanggan

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

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

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

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

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

3. Tidak adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang diperiksa tanpa kesalahan administrasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

4. Kepuasan Pelanggan

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

IX. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	tergambarnya kesiambungan pelayanan rehab medik sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi 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 deprogram rehab medik dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 50%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehab medik

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahanan tindakan rehab medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai degan 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 rehab medik
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

3. Kepuasan Pelanggan

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

X. FARMASI

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 satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab	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 tegang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan tersebut
Sumber data	Survey
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: 1. salah dalam memberikan jenis obat 2. salah dalam memberikan dosis 3. salah orang 4. salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

4. Kepuasan Pelanggan

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

5. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	Penulisan Resep Sesuai Formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

XI. GIZI

1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

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

2. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien
Dimensi mutu	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi RS)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan

Sumber data	Survey
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

3. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet
Dimensi mutu	Keamanan, 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 satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap PelayananTranfusi

Judul	Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Tranfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank Darah

2. Kejadian ReaksiTranfusi

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

XIII. PELAYANAN GAKIN

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

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

XIV. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekammedik
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau pasien rawat inap setelah 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%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/ wadir pelayanan medik

2. Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	Kelengkapan Informed Consent Setelah Medapatkan Informasi Yang Jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	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 satu Bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan

Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

3. Waktu Penyedia Dokumen Rekam Medik Pelayanan RawatJalan

Judul	Waktu Penyedia Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi mutu	Eketivitas, kenyamanan, efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat Jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (n tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil survey pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/pasien lama
Standar	≤ 10 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu Penyedia Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
Dimensi mutu	Eketivitas, kenyamanan, efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat Inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medik pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medic rawat inap tersedia dibangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik sampel rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survey
Standar	≤ 15 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

XV. PENGELOLAAN LIMBAH

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah sakit 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 ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid): 30 mg/liter PH: 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah keseluruhan pemeriksaan limbah cair
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

2. Pengelolaan LimbahPadat

Judul	Pengelolaan Limbah Padat
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Terkelolanya limbah padat sehingga tidak mencemari Lingkungan
Definisi operasional	Limbah padat adalah limbah padat yang dihasilkan dalam kegiatan pelayanan rumah sakit baik pelayanan klinis maupun penunjang dan yang berasal dari berbagai alat sanitasi RS
Frekuensi pengumpulan data	Tiap minggu sekali
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Proses pengelolaan limbah padat sesuai peraturan Perundangan
Denominator	1
Sumber data	Observasi tanpa seminggu sekali
Standar	Sesuai dengan persyaratan kelas RS dan Permenkes Nomor 1204 Tahun 2004
Penanggung jawab	Kepala instalasi pengelolaan limbah RS

XVI. ADMINISTRASI dan MANAJEMEN

1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

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

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

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

3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan april dan oktober
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala bagian tata usaha

4. Ketepatan Waktu Pegurusan Kenaikan Gaji Berkala

Judul	Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Terambranya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan Kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) tahun
Periode analisis	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam stau tahun
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala bagian tata usaha

5. Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

Judul	Keryawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit atau pun diluar rumah sakit yang bukan pendidikan formal minimal 20 jam pertahun
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	Sub bagian keegawaian
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab	Kepala bagian tata usaha

6. Cost Recovery

Judul	Cost Recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	≥ 40%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan

Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Bagian keuangan

9. Ketepatan Waktu Pemberian Intensif

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

XVII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1. Waktu Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah

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

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

Judul	Kecepatan Pemberian pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam Menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan pemberian pelayanan ambulans/mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulans/kereta jenazah Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan mobil ambulans/ mobil jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab	Penanggung jawab ambulance/kereta jenazah

XVIII. PEMULASARAN JENAZAH

1. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazahmulai ditangani oleh petugas tidak lebih dari 2 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif 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
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemulasaran jenazah

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

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

2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat
Dimensi mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPSRS

3. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) Yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (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 register
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorim

XX. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang

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

2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap

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

Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi laundry

XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

Judul	Tersedianya Anggota Tim PPI Terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI
Definisi operasional	Tim PPI adalah tim pencegahan pengendalian infeksi yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah dilatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI

2. Koordinasi APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Keselamatan pasien dan petugas
Tujuan	Terlindunginya pasien, pengunjung dan petugas dari infeksi
Definisi operasional	APD (Alat Pelindung Diri) adalah alat standar yang digunakan untuk melindungi tubuh dari tenaga kesehatan, pasien, atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit, seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots, dan gaun.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI

3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang ada di RS minimal 1 parameter dari ILO, ILI, VAP, ISK
Frekuensi pengumpulan data	Setiap Hari
Periode analisis	1 Bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan infeksi nosocomial
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

BAB IV

PENUTUP

Standar pelayanan minimal rumah sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah provinsi/pemerintah kabupaten/kota dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian mengingat kondisi masing-masing daerah yang terkait dengan sumberdaya yang tidak merata maka diperlukan pentahapan dalam pelaksanaan SPM oleh masing-masing daerah sesuai dengan kondisi perkembangan kapasitas daerah. Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

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

BUPATI BELITUNG TIMUR,

KAMARUDIN MUTEN

BAB IV

PENUTUP

Standar pelayanan minimal rumah sakit pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah provinsi/pemerintah kabupaten/kota dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian mengingat kondisi masing-masing daerah yang terkait dengan sumberdaya yang tidak merata maka diperlukan pentahapan dalam pelaksanaan SPM oleh masing-masing daerah sesuai dengan kondisi perkembangan kapasitas daerah. Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

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

BUPATI BELITUNG TIMUR,



KAMARUDIN MUTEN