



**STANDAR  
PELAYANAN  
MINIMAL**

**2022-2027**

RSUD Dr. R. SOEDJATI SOEMODIARDJO PURWODADI  
KABUPATEN GROBOGAN



PARAF KOORDINASI		
OPD/UNIT KERJA	BAGIAN HUKUM	
	KABAG	ST

BUPATI GROBOGAN  
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI GROBOGAN  
NOMOR 16 TAHUN 2022

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. R. SOEDJATI  
SOEMODIARDJO PURWODADI KABUPATEN GROBOGAN TAHUN 2022-2027

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI GROBOGAN,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi Kabupaten Grobogan Tahun 2022 – 2027;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor

- 5071) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
  5. 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);
  6. 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);
  7. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
  8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
  9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);

## MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. R. SOEDJATI SOEMODIARDJO PURWODADI KABUPATEN GROBOGAN TAHUN 2022 – 2027.

### BAB I

#### KETENTUAN UMUM

##### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Grobogan.
2. Bupati adalah Bupati Grobogan.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiarjo Purwodadi yang selanjutnya disebut RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiarjo Purwodadi Kabupaten Grobogan.
5. Direktur RSUD yang selanjutnya disebut Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiarjo Purwodadi Kabupaten Grobogan.
6. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.
7. 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, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
8. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari efektif, efisiensi, mudah diakses, fokus kepada pasien, tidak berpihak, dan menjamin keselamatan dalam memberikan pelayanan yang berkesinambungan untuk mencapai suatu standart tertentu.

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

## Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan sebagai panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kesehatan RSUD kepada masyarakat.

BAB II  
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, NILAI STANDAR, BATAS WAKTU  
PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
Bagian Kesatu  
Jenis Pelayanan  
Pasal 3

- (1) RSUD mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan penyuluhan kesehatan (promotif) serta upaya rujukan.
- (2) Jenis pelayanan kesehatan di RSUD, meliputi:
  - a. pelayanan gawat darurat;
  - b. pelayanan rawat jalan;
  - c. pelayanan rawat inap;
  - d. pelayanan bedah;
  - e. pelayanan persalinan dan neoristi;
  - f. pelayanan intensif dan anestesi;
  - g. pelayanan radiologi;
  - h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
  - i. pelayanan rehabilitasi medik;
  - j. pelayanan farmasi;
  - k. pelayanan gizi;
  - l. pelayanan transfusi darah;
  - m. pelayanan keluarga miskin;
  - n. pelayanan rekam medis;
  - o. pengelolaan limbah;
  - p. pelayanan administrasi manajemen;
  - q. pelayanan ambulans/kereta jenazah;
  - r. pelayanan pemulasaraan jenazah dan kedokteran forensik;
  - s. pelayanan sarana sandang dan sterilisasi sentral;
  - t. pelayanan pemeliharaan sarana, prasarana dan sanitasi;
  - u. pencegahan pengendalian infeksi;
  - v. pelayanan hemodialisa;
  - w. pelayanan penunjang diagnostik terpadu;
  - x. pelayanan promosi kesehatan rumah sakit; dan
  - y. pelayanan teknologi informasi.

Bagian Kedua  
Indikator, Nilai Standar, Batas Waktu Pencapaian  
dan Uraian SPM  
Pasal 4

Indikator, Nilai Standar, Batas Waktu Pencapaian, dan Uraian SPM dalam SPM tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III  
PELAKSANAAN  
Pasal 5

- (1) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan di RSUD sesuai dengan SPM.
- (2) Penyelenggaraan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh personel dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai peraturan perundang-undangan.

Pasal 6

- (1) Direktur menyusun rencana bisnis anggaran, target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan RSUD menyusun Rencana Bisnis Anggaran dan target unit, serta upaya pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan SPM.
- (3) Setiap pelaksana pelayanan RSUD menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

BAB IV  
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu  
Pembinaan  
Pasal 7

- (1) Pembinaan RSUD dilakukan oleh Bupati melalui Dewan Pengawas.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud ayat (1) berupa fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup :

- a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
- b. penyuluhan rencana pencapaian SPM dan penempatan target tahunan pencapaian SPM;
- c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
- d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

## Bagian Kedua

### Pengawasan

#### Pasal 8

- (1) Pengawasan Operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diangkat dan bertanggung jawab langsung kepada Direktur.
- (3) Pengawas Internal dimaksud pada ayat (1) terdiri atas :
  - a. bidang keuangan
  - b. bidang kekayaan; dan
  - c. bidang aparatur.

#### Pasal 9

- (1) Pengawasan Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) dilakukan untuk meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi membantu Direktur guna meningkatkan pelayanan kesehatan di RSUD sesuai dengan SPM.

#### Pasal 10

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan dibebankan pada pendapatan operasional RSUD.

## BAB V

### KETENTUAN PENUTUP

#### Pasal 11

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Grobogan Nomor 46 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi Kabupaten Grobogan Tahun 2017 – 2021 (Berita Daerah Kabupaten Grobogan Tahun 2016 Nomor 46) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.  
Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan  
Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah  
Kabupaten Grobogan.

Ditetapkan di Purwodadi  
pada tanggal 29 Maret 2022

BUPATI GROBOGAN,

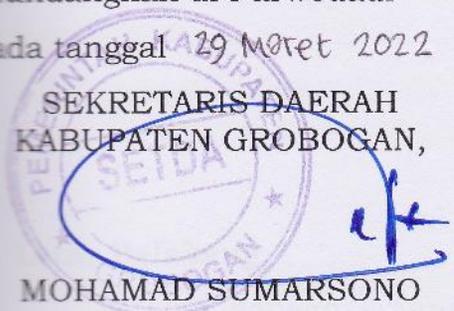


SRI SUMARNI

Diundangkan di Purwodadi  
pada tanggal 29 Maret 2022

SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN GROBOGAN,

MOHAMAD SUMARSONO



BERITA DAERAH KABUPATEN GROBOGAN TAHUN 2022 NOMOR

LAMPIRAN  
PERATURAN BUPATI GROBOGAN  
NOMOR           TAHUN 2022  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH Dr. R. SOEDJATI  
SOEMODIARDJO PURWODADI KABUPATEN  
GROBOGAN TAHUN 2022 - 2027

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. R. SOEDJATI SOEMODIARDJO PURWODADI  
KABUPATEN GROBOGAN

BAB I  
PENDAHULUAN

**A. Latar Belakang**

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

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiarjo Purwodadi Kabupaten Grobogan 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 Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiarjo Purwodadi Kabupaten Grobogan mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat, perlu diimbangi oleh tenaga kesehatan yang memadai dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu 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 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal BAB I ayat (6) menyatakan bahwa Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Pada ayat (7) Indikator SPM adalah tolok ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan ayat 8 pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan.

Dalam penjelasan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan standar pelayanan minimal adalah ketentuan mengenai Jenis dan Mutu Pelayanan Dasar yang merupakan Urusan Pemerintahan Wajib yang berhak diperoleh setiap Warga Negara secara minimal.

## **B. Maksud dan Tujuan**

Penyusunan Standar Pelayanan Minimal ini dimaksudkan guna memberikan panduan kepada daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pelayanan rumah sakit. Standar Pelayanan Minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang indikator kinerja, dimensi mutu, definisi operasional, periode analisis, numerator, denominator, nilai standar, dan penanggung jawab pelaporan untuk tahun 2022 sampai dengan tahun 2027.

## **C. Pengertian**

Umum

1. Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiarjo Purwodadi Kabupaten Grobogan adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
2. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
3. Standar Pelayanan Minimal:  
Yang dimaksud dengan Standar Pelayanan Minimal adalah tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah.

#### 4. Indikator kinerja

Yang dimaksud dengan indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu.

Khusus

1. Indikator adalah latar belakang/alasan mengapa suatu kinerja tersebut perlu diukur.
2. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari efektif, efisiensi, mudah diakses, fokus kepada pasien, tidak berpihak, dan menjamin keselamatan dalam memberikan pelayanan yang berkesinambungan untuk mencapai suatu standart tertentu.
3. Definisi operasional dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
4. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator tersedia.
5. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
6. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
7. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
8. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
9. Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.

#### **D. Landasan Hukum**

1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);

3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5071) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
5. 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);
6. 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);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129/ Menkes/ SK7 11/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

## **BAB II**

### **SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT**

Sistematika dokumen Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi Kabupaten Grobogan disusun dalam bentuk :

1. Bab I Pendahuluan yang terdiri dari ;
  - a. Latar belakang
  - b. Maksud dan tujuan
  - c. Pengertian umum dan khusus
  - d. Landasan Hukum
2. Bab II Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
3. Bab III Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
  - a. Jenis Pelayanan
  - b. Uraian Standar Pelayanan Minimal setiap jenis pelayanan, Indikator dan Standar
4. Penutup
5. Lampiran

**BAB III**  
**STANDAR PELAYANAN MINIMAL**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. R. SOEDJATI SOEMODIARDJO PURWODADI**  
**KABUPATEN GROBOGAN**

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiarjo Purwodadi Kabupaten Grobogan dalam pedoman ini meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator, standar, dan batas waktu pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit.

**A. Jenis-jenis pelayanan rumah sakit**

Jenis-jenis pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiarjo Purwodadi Kabupaten Grobogan 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 Neoristi;
6. Pelayanan Intensif dan Anestesi;
7. Pelayanan Radiologi;
8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;
9. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
10. Pelayanan Farmasi;
11. Pelayanan Gizi;
12. Pelayanan Transfusi Darah;
13. Pelayanan Keluarga Miskin;
14. Pelayanan Rekam Medis;
15. Pengelolaan Limbah;
16. Pelayanan Administrasi Manajemen;
17. Pelayanan Ambulans/Kereta Jenazah;
18. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah dan Kedokteran Forensik;
19. Pelayanan Sarana Sandang dan Sterilisasi Sentral;
20. Pelayanan Pemeliharaan Sarana, Prasarana dan Sanitasi;
21. Pencegahan Pengendalian Infeksi;
22. Pelayanan Hemodialisa;
23. Pelayanan Penunjang Diagnostik Terpadu;
24. Pelayanan Promosi Kesehatan Rumah Sakit; dan
25. Pelayanan Teknologi Informasi.

## B. Uraian Standar Pelayanan Minimal setiap jenis pelayanan

- 1) Standar pelayanan minimal setiap jenis pelayanan, indikator, standar, dan batas waktu pencapaian

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian				
		Indikator	Standar	Thn 1	Thn 2	Thn 3	Thn 4	Thn 5
1	PELAYANAN GAWAT DARURAT	a. Kemampuan menangani life saving di Gawat Darurat	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		c. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS / BTLIS / PPGD / ACLS / BTCLS / GELS	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		- Dokter	(dokter dan perawat)					
		- Perawat						
		d. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	Satu Tim					
		e. Waktu tanggap pelayanan dokter di Gawat darurat	≤ 5 menit					
		f. Kepuasan Pelanggan di Instalasi Gawat Darurat	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%	≥ 70%
		g. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat	≤2 %	≤2 %	≤2 %	≤2 %	≤2 %	≤2 %
		h. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	PELAYANAN RAWAT JALAN	i. Pasien jiwa yang ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam (khusus untuk Rumah Sakit dengan pelayanan jiwa)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		a. Pemberi pelayanan di klinik spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis
		b. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		- Klinik Anak	- Klinik Anak	- Klinik Anak	- Klinik Anak	- Klinik Anak	- Klinik Anak	- Klinik Anak
		- Klinik Kebidanan	- Klinik Kebidanan	- Klinik Kebidanan	- Klinik Kebidanan	- Klinik Kebidanan	- Klinik Kebidanan	- Klinik Kebidanan
		- Klinik Bedah	- Klinik Bedah	- Klinik Bedah	- Klinik Bedah	- Klinik Bedah	- Klinik Bedah	- Klinik Bedah
		- Klinik Penyakit Dalam	- Klinik Penyakit Dalam	- Klinik Penyakit Dalam	- Klinik Penyakit Dalam	- Klinik Penyakit Dalam	- Klinik Penyakit Dalam	- Klinik Penyakit Dalam
		- Klinik Mata	- Klinik Mata	- Klinik Mata	- Klinik Mata	- Klinik Mata	- Klinik Mata	- Klinik Mata
		- Klinik THT	- Klinik THT	- Klinik THT	- Klinik THT	- Klinik THT	- Klinik THT	- Klinik THT

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian				
		Indikator	Standar	Thn 1	Thn 2	Thn 3	Thn 4	Thn 5
		- Klinik Kulit & Kelamin	- Klinik Kulit & kelamin	- Klinik Kulit & kelamin	- Klinik Kulit & kelamin	- Klinik Kulit & kelamin	- Klinik Kulit & kelamin	- Klinik Kulit & kelamin
		- Klinik Jiwa	- Klinik Jiwa	- Klinik Jiwa	- Klinik Jiwa	- Klinik Jiwa	- Klinik Jiwa	- Klinik Jiwa
		- Klinik Ortopedi	- Klinik Ortopedi	- Klinik Ortopedi	- Klinik Ortopedi	- Klinik Ortopedi	- Klinik Ortopedi	- Klinik Ortopedi
		- Klinik Syaraf	- Klinik Syaraf	- Klinik Syaraf	- Klinik Syaraf	- Klinik Syaraf	- Klinik Syaraf	- Klinik Syaraf
		- Klinik Paru	- Klinik Paru	- Klinik Paru	- Klinik Paru	- Klinik Paru	- Klinik Paru	- Klinik Paru
		- Klinik Rehabilitasi Medik	- Klinik Rehabilitasi Medik	- Klinik Rehabilitasi Medik	- Klinik Rehabilitasi Medik	- Klinik Rehabilitasi Medik	- Klinik Rehabilitasi Medik	- Klinik Rehabilitasi Medik
		- Klinik Gigi & Mulut	- Klinik Gigi & Mulut	- Klinik Gigi & Mulut	- Klinik Gigi & Mulut	- Klinik Gigi & Mulut	- Klinik Gigi & Mulut	- Klinik Gigi & Mulut
		- Klinik Bedah Mulut	- Klinik Bedah Mulut	- Klinik Bedah Mulut	- Klinik Bedah Mulut	- Klinik Bedah Mulut	- Klinik Bedah Mulut	- Klinik Bedah Mulut
		- Klinik Gigi Orthodonti	- Klinik Gigi Orthodonti	- Klinik Gigi Orthodonti	- Klinik Gigi Orthodonti	- Klinik Gigi Orthodonti	- Klinik Gigi Orthodonti	- Klinik Gigi Orthodonti
		c. Buka Pelayanan sesuai ketentuan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		d. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit
		e. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
		f. Pasien rawat Inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		g. Penagakkan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %
		h. Kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %
3	PELAYANAN RAWAT INAP	a. Pemberi Pelayanan Rawat Inap (dr. Spesialis dan perawat minimal pendidikan D3)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Dokter Penanggung Jawab pasien rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		c. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap - Anak - Kebidanan  - Bedah - Penyakit Dalam  - Mata - THT - Kulit dan Kelamin	- Anak - Kebidanan  - Bedah - Penyakit Dalam  - Mata - THT - Kulit dan Kelamin	- Anak - Kebidanan - Bedah - Penyakit Dalam  - Mata - THT - Kulit dan Kelamin	- Anak - Kebidanan - Bedah - Penyakit Dalam  - Mata - THT - Kulit dan Kelamin	- Anak - Kebidanan - Bedah - Penyakit Dalam  - Mata - THT - Kulit dan Kelamin	- Anak - Kebidanan - Bedah - Penyakit Dalam  - Mata - THT - Kulit dan Kelamin	- Anak - Kebidanan - Bedah - Penyakit Dalam  - Mata - THT - Kulit dan Kelamin

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian				
		Indikator	Standar	Thn 1	Thn 2	Thn 3	Thn 4	Thn 5
		- Kesehatan Jiwa - Bedah Orthopedi - Syaraf - Paru - Gigi dan Mulut	- Kesehatan Jiwa - Bedah Orthopedi - Syaraf - Paru - Gigi dan Mulut	- Keseha- tan Jiwa - Bedah - Orthopedi - Syaraf - Paru - Gigi dan Mulut	- Keseha- tan Jiwa - Bedah - Orthopedi - Syaraf - Paru - Gigi dan Mulut	- Keseha- tan Jiwa - Bedah - Orthopedi - Syaraf - Paru - Gigi dan Mulut	- Keseha- tan Jiwa - Bedah - Orthopedi - Syaraf - Paru - Gigi dan Mulut	- Keseha- tan Jiwa - Bedah - Orthopedi - Syaraf - Paru - Gigi dan Mulut
		d. Jam visite dokter Spesialis (08.00 s/d 14.00 Setiap hari kerja)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		e. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %
		f. Kejadian infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	≤ 1,5 %
		g. Kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		h. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0,25%	≤ 0,25%	≤ 0,25%	≤ 0,25%	≤ 0,25%	≤ 0,25%
		i. Kejadian pulang paksa	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%
		j. Kepuasan pelanggan Rawat Inap	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
		k. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		l. Penegakan Diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%
		m. Kegiatan Pencatatan dan laporan TB di Rumah Sakit	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%
		n. Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa	1. NAPZA 2. Gangguan Psikotik 3. Gangguan Nerotik dan 4. Gangguan Mental Organik	1. NAPZA 2. Gangguan Psikotik 3. Gangguan Nerotik dan 4. Gangguan Mental Organik	1. NAPZA 2. Gangguan Psikotik 3. Gangguan Nerotik dan 4. Gangguan Mental Organik	1. NAPZA 2. Gangguan Psikotik 3. Gangguan Nerotik dan 4. Gangguan Mental Organik	1. NAPZA 2. Gangguan Psikotik 3. Gangguan Nerotik dan 4. Gangguan Mental Organik	1. NAPZA 2. Gangguan Psikotik 3. Gangguan Nerotik dan 4. Gangguan Mental Organik
		o. Kejadian kematian gangguan jiwa karena bunuh diri	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		p. Kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		q. Kejadian lama hari perawatan pasien gangguan jiwa ≤ 6 minggu	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	PELAYANAN BEDAH	a. Waktu tunggu operasi efektif ≤ 48 hari	100%	100%	100%	100%	100%	100%

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian				
		Indikator	Standar	Thn 1	Thn 2	Thn 3	Thn 4	Thn 5
		b. Kejadian kematian dimeja operasi	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %
		c. Kejadian operasi salah sisi	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		d. Kejadian operasi salah orang	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		e. Kejadian salah tindakan pada operasi	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		f. Kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		g. Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%	≤ 6%
5	PELAYANAN PERSALINAN DAN NEORISTI	a. Kejadian kematian ibu karena persalinan						
		Perdarahan ≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%
		Pre-eklampsia ≤ 30%	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %	≤ 30 %
		Sepsis ≤ 0,2%	≤ 0,2 %	≤ 0,2 %	≤ 0,2 %	≤ 0,2 %	≤ 0,2 %	≤ 0,2 %
		b. Pemberi Persalinan Normal (Dokter Sp OG, Dokter Umum, Bidan terlatih (asuhan persalinan Normal)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		c. Pemberi Pelayanan pasien dengan Penyulit	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		d. Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan op.	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		e. Kemampuan menangani BBLR 1500gr s.d 2500 gr	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		f. Pertolongan persalinan melalui (secxio caesaria) lap. Tahunan	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%	≤ 20%
		g. Persentase konseling Keluarga Berencana mantab	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		h. Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian				
		Indikator	Standar	Thn 1	Thn 2	Thn 3	Thn 4	Thn 5
6	PELAYANAN INTENSIF DAN ANESTESI	a.	Angka kejadian pasien kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%	≤ 3%
		b.	Pemberi pelayanan unit intensif (Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani) (100% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU)	100%	100%	100%	100%	100%
7	PELAYANAN RADIOLOGI	a.	Waktu tunggu hasil pelayanan Thorac foto	≤ 3 jam	3 jam	3 jam	3 jam	3 jam
		b.	Pelaksanaan ekspersisi hasil pelayanan radiologi	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad
		c.	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	Kerusakan foto ≤ 2%	Kerusakan foto ≤ 2%	Kerusakan foto ≤ 2%	Kerusakan foto ≤ 2%	Kerusakan foto ≤ 2%
		d.	Kepuasan pelanggan	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
8	PELAYANAN LABORAT PATOLOGI KLINIK	a.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin	≤ 140	≤ 140	≤ 140	≤ 140
		b.	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium (Dokter Sp.PK)	100%	100%	100%	100%	100%
		c.	Tidak ada kesalahan pemberian hasil pemeriksaan labrat	100%	100%	100%	100%	100%
		d.	Kepuasan pelayanan labrat	≥ 80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
9	PELAYANAN REHABILITASI MEDIK	a.	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan Rehab Medik yang direncanakan	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50 %
		b.	Kesalahan tindakan rehab Medik	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
		c.	Kepuasan pelanggan pelayanan rehabilitasi medik	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
10	PELAYANAN FARMASI	a.	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	30 menit	30 menit	30 menit	30 menit
		b.	Waktu tunggu obat racikan	≤ 60 menit	60 menit	60 menit	60 menit	60 menit
		c.	Kesalahan pemberian obat	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian				
		Indikator	Standar	Thn 1	Thn 2	Thn 3	Thn 4	Thn 5
		d. Kepuasan pelanggan farmasi	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%	≥ 80%
		e. Penulisan resep sesuai formalium	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11	PELAYANAN GIZI	a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
		b. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %
		c. Kejadian kesalahan dalam pemberian diet	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
12	PELAYANAN TRANSFUSI DARAH	a. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi	100% terpenuhi
		b. Kejadian reaksi transfusi	≤0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
13	PELAYANAN KELUARGA MISKIN	a. Pelayanan terhadap pasien yang GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani	100% terlayani
14	PELAYANAN REKAM MEDIS	a. Kelengkapan pengisian RM 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		c. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit	10 menit
		d. Waktu penyediaan dokumen rekam Medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit	15 menit
15	PENGELOLAAN LIMBAH	a. Baku mutu limbah cair BOD < 30 mg/l COD < 80 mg/l TSS < 30 mg/l Ph 6 – 9	< 30 mg/l < 80 mg/l < 30 mg/l Ph 6 – 9	30 mg/l 80 mg/l 30 mg/l Ph 6 – 9				
		b. Pengolahan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
16	PELAYANAN ADMINIS TRASI MANA JEMEN	a. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian				
		Indikator	Standar	Thn 1	Thn 2	Thn 3	Thn 4	Thn 5
		b. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		c. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		d. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		e. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60%	60%	60%	60%	60%	60%
		f. Cost Recovery	≥ 40%	40%	40%	40%	40%	40%
		g. Ketepatan waktu memberikan informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam	2 jam
		h. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		i. Ketepatan pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%
17	PELAYANAN AMBULANS / KERETA JENAZAH	a. pelayanan ambulance/ kereta jenazah 24 Jam	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Kecepatan pemberian pelayanan ambulance/ jenazah di RS ≤ 30 menit	100%	100%	100%	100%	100%	100%
18	PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH DAN KEDOKTERAN FORENSIK	a. waktu tanggap (respons time) pelayanan pemulasaran	≤ 2 Jam	2 Jam	2 Jam	2 Jam	2 Jam	2 Jam
		b. Angka kecepatan waktu penyelesaian VER	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
		c. Penyelesaian VER luar sama atau kurang dari 7 hr	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
		d. Kecepatan penyelesaian VER luar dan dalam sama dengan atau kurang dari 14 hr	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
		e. Jumlah pelaksanaan otopsi	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 90 %

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian				
		Indikator	Standar	Thn 1	Thn 2	Thn 3	Thn 4	Thn 5
19	PELAYANAN SARANA SANDANG & STERILI SASI SENTRAL	a. Tidak ada kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		c. Mutu sterilisasi instrumen, linen & bahan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
20	PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA PRASARANA DAN SANITASI	a. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat < 15 menit	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
		b. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		c. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur lain) terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%
21	PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)	a. Tersedianya Tim PPI rumah sakit yang terlatih	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%
		b. Tersedianya APD di setiap instalasi	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%
		c. Kegiatan pencatatan dan Pelaporan infeksi Nosokomial di RS	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%	≥75%
22	PELAYANAN HEMODIALISA	a. Keterlambatan Waktu Tindakan Haemodialisa	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%
		b. Insiden kesalahan setting program haemodialisa	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		c. Insiden ketidaktepatan insersi vena dan arteri pada pasien haemodialisa	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%
23	PELAYANAN PENUNJANG DIAGNOSTIK TERPADU	a. Keterlambatan waktu tindakan endoskopi	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%
		b. Insiden vagal reflex pada tindakan gastroskopi	0%	0%	0%	0%	0%	0%

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal		Batas Waktu Pencapaian				
		Indikator	Standar	Thn 1	Thn 2	Thn 3	Thn 4	Thn 5
		c. Insiden ruptur colon pada tindakan kolonoscopi	0%	0%	0%	0%	0%	0%
24	PELAYANAN PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT	a. SDM Pemberian Pelayanan Promosi Kesehatan sudah Purna Waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Kelengkapan Pengisian Lembar edukasi Pasien	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
25	PELAYANAN TEKNOLOGI INFORMASI	a. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat teknologi informasi ≤ 15 menit	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %
		b. Ketepatan waktu pemeliharaan alat teknologi Informasi	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %	≥ 80 %

### C. Uraian Standar Pelayanan Minimal

#### 1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

##### a. Kemampuan menangani *life saving* di Gawat Darurat

Judul	:	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Efisiensi dan Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya Kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi operasional	:	Upaya dalam menangani penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, <i>Breath</i> , <i>Circulation</i>
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap hari
Periode analisis	:	1 (satu) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i> di Gawat Darurat .
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

**b. Jam buka pelayanan Gawat Darurat 24 Jam**

Judul	:	Jam buka pelayanan Gawat Darurat 24 jam
Dimensi mutu	:	Efisiensi dan Mudah diakses
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat 24 jam
Definisi Operasional	:	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan Pelayanan selama 24 jam
Frekuensi Pengumpulan	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah hari buka pelayanan gawat darurat dalam 1(satu) bulan
Denominator	:	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Laporan bulanan
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

**c. Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikasi ATLS / BTLS / PPGD / ACLS / BTCLS / GELS**

Judul	:	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat ATLS / BTLS / PPGD / ACLS / BTCLS / GELS
Dimensi mutu	:	Mudah diakses dan Keselamatan Pasien
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Deflnisi operasional	:	Tenaga kompeten di gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat ATLS / BTLS / PPGD / ACLS / BTCLS / GELS
Frekuensi pengumpulan	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS / BTLS / PPGD / ACLS / BTCLS / GELS
Denominator	:	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber data	:	Kesekretariat
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Sub. Bagian UP dan DIKLAT

#### **d. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana**

Judul	:	Ketersediaan Tim penanggulangan bencana
Dimensi mutu	:	Mudah diakses dan Keselamatan Pasien
Tujuan	:	Ketersediaan Tim dan kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi operasional	:	Ketersediaan dan Kesiapsiagaan Tim yang dibentuk untuk menangani akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi pengumpulan	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	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	:	Kepala instalasi Gawat Darurat

#### **e. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat**

Judul	:	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien dan efektifitas
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi operasional	:	Waktu yang diperlukan oleh dokter sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap hari
Periode analisis	:	1 (satu) bulan sekali
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan pasien yang disampling sampai dilayani dokter, dalam 1 (satu) waktu (n minimal = 50)
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang disampling dalam 1 (satu) waktu (minimal = 50)
Sumber data	:	Sampel
Standar	:	$\leq 5$ menit
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### **f. Kepuasan Pelanggan di Instalasi Gawat Darurat**

Judul	:	Kepuasan Pelanggan di Instalasi Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Efektif
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pasien gawat darurat dengan penilaian menyatakan puas yang di survei dalam 1 (satu) waktu (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survei dalam 1 (satu) waktu (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	$\geq 70\%$
Penanggung Jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### **g. Kematian Pasien $\leq 24$ jam di Gawat Darurat**

Judul	:	Kematian Pasien $\leq 24$ jam di Gawat Darurat
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	:	Kematian $\leq 24$ jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam setelah pasien datang.
Frekuensi Pengumpulan	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq 24$ jam sejak pasien datang dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	$\leq 2$ per seribu
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### **h. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka**

Judul	:	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi mutu	:	Mudah diakses dan Tidak berpihak
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan kepuasan 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	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat darurat
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### **i. Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu $\leq 48$ jam (khusus untuk rumah sakit dengan pelayanan jiwa)**

Judul	:	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu $\leq 48$ jam
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa
Definisi operasional	:	Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	Tiga Bulan
Numerator	:	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat Darurat dalam 1 (satu) bulan

Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 2. PELAYANAN RAWAT JALAN

### a. Pemberian pelayanan di klinik spesialis

Judul	:	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi mutu	:	Mudah diakses, Keselamatan
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga dokter spesialis yang kompeten
Definisi operasional	:	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul	:	Kepala Intalasi Rawat Jalan

### b. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	:	Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan
Dimensi mutu	:	Mudah diakses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan	:	1 (satu)bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jenis jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada kualitatif
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat jalan

Standar	:	Klinik: anak, kebidanan, bedah, penyakit dalam, mata, THT, kulit & kelamin, jiwa, orthopedi, syaraf, paru, rehab medik, gigi & mulut , bedah mulut, gigi orthodonti.
Penanggung jawab data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### c. Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	:	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi mutu	:	Mudah diakses
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 dokter spesialis untuk hari senin-kamis : 08.00 - 13.00, dan untuk hari jum'at & sabtu: 08.00 - 11.00
Frekuensi pengumpulan	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah hari hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Register rawat jalan
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### d. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	:	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi mutu	:	Mudah diakses
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 (satu) bulan

Periode analisis	:	3 (tiga) 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 Pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

**e. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan**

Judul	:	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi mutu	:	Efektif
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap bulan
Periode analisis	:	Tiga bulan sekali
Numerator	:	Jumlah pasien rawat jalan dengan penilaian menyatakan puas yang di survei dalam 1 (satu) waktu (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survei (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

**f. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS**

Judul	:	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi mutu	:	Mudah diakses, efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan Strategi DOTS

Definisi operasional	:	Pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan harus menggunakan obat tuberkulosis yang sesuai dengan standart penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati, dievaluasi sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 3 (tiga) bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani
Denominator	:	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam 3 (tiga) bulan
Sumber data	:	Register Rawat Jalan, register TB 03 UPK
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

**g. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB**

Judul	:	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	:	Mudah diakses dan tidak berpihak
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis
Definisi operasional	:	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan	:	3 (tiga) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

#### **h. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberkulosis di Rumah Sakit**

Judul	:	Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberkulosis di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Efektif
Tujuan	:	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 (tiga) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpul	:	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### **3. PELAYANAN RAWAT INAP**

#### **a. Pemberi pelayanan di Rawat Inap**

Judul	:	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	:	Mudah diakses, Keselamatan Pasien
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan rawat inap ialah dokter umum, dokter spesialis dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi pengumpulan data	:	6 (enam) bulan
Periode analisis	:	6 (enam) bulan
Numerator	:	Jumlah hari pelayanan yang memberikan pelayanannya adalah dokter umum, dokter spesialis dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3) sesuai dengan ketentuan
Denominator	:	Jumlah seluruh hari pelayanan di rawat inap
Sumber data	:	Catatan Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Rawat Inap

### **b. Dokter penanggung jawab pasien Rawat Inap**

Judul	:	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi mutu	:	Mudah diakses dan keselamatan pasien
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	:	Dokter penanggung jawab rawat inap adalah dokter spesialis yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mempunyai dokter sebagai Penanggungjawab pelayanan dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	100%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang dan Kepala Intalasi Rawat Inap

### **c. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap**

Judul	:	Ketersediaan pelayanan rawat Inap
Dimensi mutu	:	Mudah diakses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap minimal yang harus ada di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 (tiga) bulan
Periode analisis	:	6 (enam) bulan
Numerator	:	Jenis jenis pelayanan rawat inap spesialisik yang ada (kualitatif)
Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat inap
Standar	:	Pelayanan spesialis: anak, kebidanan, bedah, penyakit dalam, mata, THT, kulit & kelamin, jiwa, orthopedi, syaraf, paru, rehab medik, bedah mulut, gigi orthodontis.

Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang dan Kepala Intalasi Rawat Inap
---------------------------------	---	---

**d. Jam visite dokter spesialis**

Judul	:	Jam visite dokter spesialis
Dimensi mutu	:	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan.
Definisi operasional	:	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 1 (satu) bulan
Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00, setiap bulan yang di survei (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis, setiap bulan yang di survei (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang dan Kepala Intalasi Rawat Inap

**e. Kejadian infeksi paska operasi**

Judul	:	Kejadian infeksi paska operasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan paska operasi
Definisi operasional	:	Infeksi paska operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai dengan rasa panas ( <i>kalor</i> ), berwarna merah ( <i>rubor</i> ). Pembengkakan ( <i>tumor</i> ). dan keluarnya nanah ( <i>pus</i> ) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam

Frekuensi Pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami infeksi paska operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dioperasikan dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	$\leq 1,5\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Intalasi Rawat Inap

**f. Kejadian Infeksi nosokomial**

Judul	:	Kejadian infeksi nosokomial
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit
Definisi operasional	:	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dikubitus, phlebitis, sepsis dan infeksi luka operasi
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap tiga bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data	:	Survey, laporan infeksi nosokomial
Standar	:	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Intalasi Rawat Inap

**g. Kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian**

Judul	:	Kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya pelaksanaan 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, dan sebagainya yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap bulan
Numerator	:	jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah pasien dirawat dalam 1 (satu) bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	0%
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Intalasi Rawat Inap

#### **h. Kematian pasien > 48 jam**

Judul	:	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi operasional	:	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah melebihi periode 48 jam setelah pasien menjalani rawat inap di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	1 (satu) bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan
Standar	:	$\leq 0,25 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang dan Kepala Intalasi Rawat Inap

#### **i. Kejadian pulang paksa**

Judul	:	Kejadian pulang paksa
Dimensi mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan

Definisi operasional	:	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien pulang paksa dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	$\leq 5\%$
Penanggung Jawab Pengumpul data	:	Kepala Ruang dan Kepala Intalasi Rawat Inap

#### **j. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap**

Judul	:	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	:	Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap dengan penilaian menyatakan puas yang di survei dalam 1 (satu) waktu (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survei (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 90\%$
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang dan Kepala Intalasi Rawat Inap

#### **k. Pasien Rawat Inap Tuberculosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS**

Judul	:	Pasien Rawat Inap Tuberculosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS
Dimensi mutu	:	Akses, efisiensi
Tujuan	:	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS

Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosi dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosi nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosi harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosi, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosi yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosi nasional, dan semua pasien yang tuberculosi yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi pengumpulan	:	3 (tiga) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosi yang ditangani dengan strategi DOTS dalam waktu tiga bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosi yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	:	Register rawat inap
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Tim DOTS Rumah Sakit

### 1. Kegiatan Penegakan Diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	:	Kegiatan Penegakan Diagnosis Tuberculosis (TB)
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	:	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	:	Penegakan diagnosis pasti melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi pengumpulan	:	3 (tiga) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 (tiga) minggu
Denominator	:	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	≥ 60 %

Penanggung jawab pengumpul data	:	Tim DOTS Rumah Sakit
---------------------------------	---	----------------------

**m. Kegiatan Pencatatan dan laporan TB di Rumah Sakit**

Judul	:	Terlaksananya Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di Rumah Sakit
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tersediannya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Definisi operasional	:	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	3 (tiga) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang di catat dan dilaporkan
Denominator	:	Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	≥ 60 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Tim DOTS Rumah Sakit

**n. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Yang Memberikan Pelayanan Jiwa**

Judul	:	Ketersediaan pelayanan rawat inap di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa
Dimensi mutu	:	Akses
Tujuan	:	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi operasional	:	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis
Frekuensi pengumpulan data	:	3 (tiga) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jenis – jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa

Denominator	:	Tidak ada
Sumber data	:	Register rawat inap
Standar	:	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang dan Kepala Intalasi Rawat Inap

**o. Kematian Pasien Gangguan Jiwa Karena Bunuh Diri**

Judul	:	Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi operasional	:	Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan rawat inap yang tidak baik
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	1 (satu) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien gangguan jiwa karena bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	0%
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang dan Kepala Intalasi Rawat Inap

**p. Kejadian (Re-Admision) Pasien Gangguan Jiwa Tidak Kembali Dalam Perawatan Dalam Waktu ≤ 1 (satu) Bulan**

Judul	:	Kejadian (re-admision) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 (satu) bulan
Dimensi mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif

Definisi operasional	:	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	6 (enam) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu $\leq 1$ (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	0 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang dan Kepala Intalasi Rawat Inap

**q. Lama Hari Perawatan Pasien Gangguan Jiwa**

Judul	:	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa
Dimensi mutu	:	Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang aman dan efektif
Definisi operasional	:	Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa yang masa perawatannya sesuai standart $\leq 6$ (enam) minggu
Frekuensi pengumpulan data	:	6 (enam) bulan
Periode analisis	:	6 (enam) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dirawat $\leq 6$ (enam) minggu yang dihitung dalam waktu 6 (enam) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa dirawat dihitung dalam waktu 6 (enam) bulan
Sumber data	:	Rekam medis
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang dan Kepala Intalasi Rawat Inap

#### 4. PELAYANAN BEDAH

##### a. Waktu Tunggu Operasi Efektif

Judul	:	Waktu tunggu operasi efektif
Dimensi mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan penanggulangan antrian pelayanan bedah
Definisi operasional	:	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan dengan Standar $\leq 48$ Jam
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dengan operasi elektif yang waktu tunggu sesuai Standar $\leq 48$ Jam dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah pasien dengan operasi elektif dalam 1 (satu) bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam Medik
Standar	:	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Kamar Operasi

##### b. Kejadian Kematian di Meja Operasi

Judul	:	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan, efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya efektivitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	:	Kematian di meja operasional adalah kematian yang terjadi di meja operasi pada saat operasi berlangsung yang tidak diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	:	Tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	:	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan

Denominator	:	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	:	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	$\leq 1\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Kamar Operasi

### c. Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	:	Kejadian operasi salah sisi
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral
Definisi operasional	:	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien yang dioperasi pada sisi yang salah misalnya yang semestinya dioperasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	0 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Kamar Operasi

### d. Kejadiannya Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	:	Kejadian operasi salah tindakan pada operasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang ditetapkan
Definisi operasional	:	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	:	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>

Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	0 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Kamar Operasi

#### e. Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	:	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi Kamar Operasi terhadap kesehatan pasien
Definisi operasional	:	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	:	Jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	:	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	0 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Kamar Operasi

#### f. Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

Judul	:	Kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi Kamar Operasi terhadap kesehatan pasien
Definisi operasional	:	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	:	1 bulan dan <i>sentinel event</i>

Numerator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi dengan kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sum ber data-	:	Rekam medik, laporan keselamatan pasien
Standar	:	0 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Kamar Operasi

**g. Komplikasi Anastesi Karena Overdosis, Reaksi Anastesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube (ET)**

Judul	:	Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi mutu	:	Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tergambarnya kecermatan tindakan anastesi dan pasien selama proses pembedahan
Definisi operasional	:	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	:	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 6 %
Penanggung Jawab Data	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Kamar Operasi

**5. PELAYANAN PERSALINAN DAN NEORISTI**

**a. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan**

Judul	:	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap Pelayanan kasus persalinan

Definisi operasional	: Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklampsia, eklamsia partus lama dan sepsis pendarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre- eklamsia dan eklempsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklamsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolic &gt; 110 mmHg</li> <li>• Protein urea &gt; 5 g/ 24 jam pada pemeriksaan kualitatif</li> <li>• Oedem tungkai</li> </ul> Eklampsia adalah tanda pre-eklampsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Seosis 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/ ekfamsia, partus lama, atau sepsis (masing2 penyebab)
Denominator	: Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre eklamsia/ ekfamsia dan sepsis
Sumber data	: Rekam medik
Standar	: Pendarahan ≤ 1 %, pre-eklampsia ≤ 30 %, Sepsis ≤ 0,2 Partus lamas ≤ 20 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	: Tim PONEK Rumah Sakit

### **b. 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 SpOG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan

Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan Normal
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Tim PONEK Rumah Sakit

### c. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit

Judul	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit oleh Tim PONEK yang terdiri dari dokter SpOG, dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 g, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan pre-eklampsia berat, tali pusat menumbung.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3(tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan penyulit yang ditolong oleh Tim PONEK yang terdiri dari dokter SpOG, dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Kepegawaian dan Rekam medik
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Tim PONEK Rumah Sakit

#### **d. 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 spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi.
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Tim PONEK Rumah Sakit

#### **e. Kemampuan Menangani BBLR 1500 g - 2500 g**

Judul	:	Kemampuan menangani BBLR 1500 g - 2500 g
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	:	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 g -2500 g
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah BBLR 1500 g -2500 g yang berhasil ditangani dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh BBLR 1500 g - 2500 g yang ditangani dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi NEORISTI

**f. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cecaria (Laporan Tahunan)**

Judul	:	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	:	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisiensi
Definisi operasional	:	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik efektif maupun emergensi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 20 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Tim PONEK Rumah Sakit

**g. Prosentase Konseling Keluarga Berencana Mantap**

Judul	:	Prosentase Konseling Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	:	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Monitoring ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Definisi Operasional	:	Konseling keluarga berencana merupakan Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	:	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	:	Laporan Tim PKBRS
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Tim PKBRS

### **h. Kepuasan Pelanggan**

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien persalinan dengan penilaian menyatakan puas yang di survei dalam 1 (satu) waktu (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien persalinan yang di survei (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Kamar Bersalin

## **6. PELAYANAN INTENSIF DAN ANESTESI**

### **a. Angka Kejadian Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Sama < 72 jam**

Judul	:	Angka kejadian pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus 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 (satu) bulan
Periode anaiisis	:	3 (tiga) 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 medik
Standar	:	≤ 3 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Intensif dan Anestesi

### b. Pemberian Pelayanan Unit *Intensif*

Judul	:	Pemberi pelayanan unit <i>intensif</i>
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya pelayanan intensif oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	:	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani. Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU, ICCU, PICU/NICU
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	6 (enam) bulan
Numerator	:	Jumlah tenaga dokter Sp. An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani. Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU, ICCU, PICU/NICU
Denominator	:	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul Data	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Intensif dan Anestesi

## 7. PELAYANAN RADIOLOGI

### a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

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

Denominator	:	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≥ 3 jam
Penanggung Jawab Pengumpul	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Radiologi

### **b. Pelaksanaan Ekspertisi Hasil Pemeriksaan**

Judul	:	Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi mutu	:	Efektifitas, Akses
Tujuan	:	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan pelayanan Radiologi dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	:	Pelaksanaan ekspertisi hasil pelayanan Radiologi adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rotgen hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah foto rotgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rotgen dalam satu bulan
Sumber data	:	Register di Instalasi Radiologi
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab Pengumpul data	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Radiologi

### **c. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen**

Judul	:	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	:	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen

Definisi operasional	:	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah foto rusak yang tidak dapat difoto dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	:	Register Radiologi
Standar	:	$\leq 2 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Radiologi

#### **d. Kepuasan Pelanggan**

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien radiologi dengan penilaian menyatakan puas yang di survei dalam 1 (satu) waktu (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien radiologi yang di survei (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\leq 80 \%$
Penanggung Jawab Pengumpul	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Radiologi

## **8. PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK**

### **a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium**

Judul	:	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	:	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium

Definisi operasional	:	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel diterima oleh petugas laboratorium hingga menerima hasil yang sudah di ekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang di survei dalam satu bulan (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut. (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survey
Standar	:	≤ 120 menit
Penanggung Jawab Pengumpul Data		Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Laboratorium

#### **b. 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 Diagnosa
Definisi operasional	:	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode	:	3 (tiga) bulan

Numerator	:	Jumlah hasil laboratorium 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 Ruang dan Kepala Instalasi Laboratorium

**c. Tidak Ada Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium**

Judul	:	Tidak ada 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 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	100%
Penanggung Jawab Pengumpul	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Laboratorium

**d. Kepuasan Pelanggan Pelayanan Laboratorium**

Judul	:	Kepuasan pelanggan pelayanan laboratorium
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 (satu) bulan

Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien laboratorium dengan penilaian menyatakan puas yang di survei dalam 1 (satu) waktu (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien laboratorium yang di survei (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Laboratorium

## 9. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

### a. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan

Judul	:	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan yang direncanakan
Dimensi mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Definisi operasional	:	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak tersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	6 (enam) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien program rehabilitasi medik direncanakan yang drop out, dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien program rehabilitasi medik direncanakan, dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	≤ 50 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Rehabilitasi Medik

### b. Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	:	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik

Definisi operasional	:	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/ atau tidak sesuai dengan pedoman/ standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	0 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Rehabilitasi Medik

### **c. Kepuasan Pelanggan Pelayanan Rehabilitasi Medik**

Judul	:	Kepuasan Pelanggan Pelayanan Rehabilitasi Medik
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 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rehabilitasi medik dengan penilaian menyatakan puas yang di survei dalam 1 (satu) waktu (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rehabilitasi medik yang di survei (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Rehabilitasi Medik

## 10. PELAYANAN FARMASI

### a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi / Non Racikan

Judul	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi / Non Racikan
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi.
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi / non racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 30 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Farmasi

### b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	:	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi.
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	:	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan tersebut (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 60 menit
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Farmasi

### c. Kesalahan Dalam Pemberian Obat

Judul	:	Kesalahan dalam pemberian obat
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	:	Kesalahan dalam pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	jumlah pasien mengalami kesalahan dalam pemberian obat yang disurvei dalam 1 (satu) bulan. (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dalam 1 (satu) bulan. (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	0 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Farmasi

### d. Kepuasan Pelanggan Pelayanan Farmasi

Judul	:	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	:	Kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya persepsi terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	:	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien di Instalasi Farmasi dengan penilaian menyatakan puas yang di survei dalam 1 (satu) waktu (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien di Instalasi Farmasi yang di survei (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survei
Stander	:	≥ 80 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Farmasi

### e. 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 disusun oleh Tim Formularium dan digunakan dirumah sakit tersebut
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam 1 (satu) bulan. (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam 1 (satu) bulan. (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Farmasi

## 11. PELAYANAN GIZI

### a. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi mutu	:	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makana pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam 1 (satu) bulan (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei dalam 1 (satu) bulan (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 90 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Gizi / Kepala Instalasi Rawat Inap

### **b. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien**

Judul	:	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	:	Efektifitas dan efisien
Tujuan	:	Tergambarnya efektifitas dan efisien pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	:	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	:	1 bulan
Periode analisis	:	3 bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang di survei dalam 1 (satu) bulan. (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan. (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≤ 20 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Gizi

### **c. Kejadian Kesalahan Dalam Pemberian Diet**

judul	:	Kejadian 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 obat
Frekuensi Pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien dalam pemberian diet makanan mengalami kesalahan yang disurvei 1 (satu) bulan (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan (minimal n = 50)
Standar	:	0 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Gizi

## 12. PELAYANAN TRANFUSI DARAH

### a. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi

Judul	:	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Agar pasien mendapatkan darah sesuai dengan kebutuhannya
Definisi operasional	:	Kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam memenuhi permintaan kebutuhan darah
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Laboratorium dan BDRS

### b. Kejadian reaksi transfusi

Judul	:	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya manajemen risiko pada pelayanan bank darah rumah sakit
Definisi operasional	:	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Rekam medik
Standar	:	$\leq 0,01\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Laboratorium dan BDRS

### 13. PELAYANAN KELUARGA MISKIN

#### a. Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN Yang Datang Ke Rumah Sakit Pada Setiap Unit Pelayanan

Judul	:	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit 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 KIS PBI, JAMKESDA / BANSOS
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Register pasien
Standar	:	100% terlayani
Penanggung jawab pengumpul	:	Kepala Bagian Keuangan

### 14. PELAYANAN REKAM MEDIS

#### a. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	:	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	:	Kesinambungan pelayanan dan Efektifitas
Tujuan	:	Tergambarnya tanggungjawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi operasional	:	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu $\leq$ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume.
Frekuensi pengumpul Data	:	1 (satu) bulan

Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah rekam medik sudah diisi lengkap yang disurvei dalam 1 (satu) bulan. (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan. (minimal n = 50)
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab pengumpul	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

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

Judul	:	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya tanggungjawab 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 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah pasien yang mengisi Informed consent, sesudah mendapat informasi lengkap yang disurvei dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	:	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung Jawab pengumpul	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

### c. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	:	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada perawatan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan serta diserahkan ke petugas rawat jalan.
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan dalam 1 (satu) bulan. (minimal n = 50)
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati 1 (satu) bulan. (minimal n = 50)
Sumber data	:	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru / di ruang rekam medik untuk pasien lama.
Standar	:	≤ 10 menit
Penanggung Jawab data	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

### d. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	:	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat Inap
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	:	Dokumen rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada perawatan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia dan diserahkan ke petugas rawat inap.

Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati 1 (satu) bulan. (minimal n = 50)
Denominator	:	Total sampel penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati 1 (satu) bulan. (minimal n = 50)
Sumber data	:	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat inap
Standar	:	Rata-rata $\leq$ 15 menk
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Rekam Medik

## 15. PENGELOLAAN LIMBAH

### a. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	:	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergantungnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi operasional	:	Baku mutu adalah standart minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator: BOD (Biological xygen Demand) : 30 mg/It COD (Chemical Oxygen Demand): 80 mg/It TSS (Total Suspended Solid): 30 mg/It PH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	:	3 (tiga) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Hasil pemeriksaan laboratorium limbah cair rumah sakit
Denominator	:	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	:	Hasil pemeriksaan
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Prasarana dan Sanitasi

### **b. Pengolahan Limbah Padat Infeksius Sesuai Dengan Aturan**

Judul	:	Pengolahan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	:	Keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	:	<p>Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan atau dapat mencederai, antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sisa jarum suntik</li> <li>2. Sisa ampul</li> <li>3. Kasa bekas</li> <li>4. Sisa jaringan</li> </ol> <p>Pengelolaan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku</p>
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standart prosedur operasional yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah total proses pengelolaan limbah padat yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Prasarana dan Sanitasi

## **16. PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN**

### **a. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Manajemen**

Judul	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat manajemen
Dimensi mutu	:	Efektivitas , efisien
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian manajemen terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	:	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat manajemen 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 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Hasil keputusan pertemuan yang ditindak lanjuti dalam satu bulan
Denominator	:	Total hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti dalam satu bulan
Sumber data	:	Notulen rapat
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Bagian Sekretariat

#### **b. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja**

Judul	:	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	:	Efektivitas , efisien
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian administrasi dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	:	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan / kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal). Indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) tahun
Periode analisis	:	1 (satu) tahun
Numerator	:	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	:	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 tahun
Sumber data	:	Bagian Perencanaan
Standar	:	100 %
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Perencanaan Dan Rekam Medik

### c. **Ketetapan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat**

Judul	:	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	:	Efektivitas, efisien, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	:	Usulan kenaikan pangkat dilakukan dua periode dalam satu
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) tahun
Periode analisis	:	1 (satu) tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan
Sumber data	:	Bagian Sekretariat
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Bagian Sekretariat

### d. **Ketetapan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala**

Judul	:	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	:	Kenaikan gaji berkala secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) tahun
Periode analisis	:	1 (satu) tahun
Numerator	:	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan berkala tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji dalam 1 tahun
Sumber data	:	Bagian Sekretariat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Bagian Sekretariat

**e. Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Per Tahun**

Judul	:	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	:	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) tahun
Periode analisis	:	1 (satu) tahun
Numerator	:	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per Tahun
Denominator	:	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	:	Bagian Sekretariat
Standar	:	$\geq 50 \%$
Penanggung jawab	:	Kepala Bagian Sekretariat

**f. Cost Recovery**

Judul	:	Cost recovery
Dimensi mutu	:	Efisiensi, efektivitas
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 periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	:	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	:	Bagian Keuangan
Standar	:	$\geq 80 \%$
Penanggung jawab	:	Kepala Bagian Keuangan

**g. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap**

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	:	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi 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 ialah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap bulan
Periode analisis	:	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah kumulatif waktu pembagian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	$\leq 3$ jam
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Rawat Inap

**h. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan**

Judul	:	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah
Definisi operasional	:	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	:	3 (tiga) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 (sepuluh) tiap bulan berikutnya dalam 3 bulan
Denominator	:	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan

Sumber data	:	Bagian Keuangan
Standar	:	100%
Penanggung Jawab	:	Kepala Bagian Keuangan

**i. Ketetapan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu**

Judul	:	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	:	Efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	:	Intensif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan realisasi pendapatan dan kinerja yang dicapai dalam 1 bulan
Frekuensi pengumpulan data	:	Tiap 6 (enam) bulan
Periode analisis	:	Tiap 6 (enam) bulan
Numerator	:	Jumlah bulan pemberian insentif tepat waktu sesuai dengan kesepakatan
Denominator	:	Jumlah bulan pemberian insentif = 6
Sumber data	:	Bagian Keuangan
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Bagian Keuangan

**17. PELAYANAN AMBULANS / KERETA JENAZAH**

**a. Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah 24 Jam**

Judul	:	Pelayanan ambulance / kereta jenazah 24 Jam
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	:	Jumlah hari pelayanan ambulance (24 jam) dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	:	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Bagian Sekretariat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Bagian Sekretariat

**b. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah Di Rumah Sakit**

Judul	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	:	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	:	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/ kereta jenazah
Definisi operasional	:	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/ kereta jenazah diajukan oleh pasien / keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/ kereta jenazah maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah pelayanan penyediaan ambulance / kereta jenazah yang tepat waktu $\leq$ 30 Menit dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	:	Jumlah total pelayanan ambulance/ kereta jenazah dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Bagian Sekretariat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Bagian Sekretariat

**18. PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH DAN KEDOKTERAN FORENSIK**

**a. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah**

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

Definisi operasional	:	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Total pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	:	Hasil pengamatan
Standar	:	$\leq 2$ jam
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Forensik

**b. Angka Kecepatan Waktu Penyelesaian Visum et Repertum (VeR)**

Judul	:	Angka kecepatan waktu penyelesaian Visum et Repertum (VeR)
Dimensi mutu	:	Efektif, Kemudahan akses
Tujuan	:	Angka kecepatan penyelesaian Visum et Repertum (VeR) dapat diselesaikan dengan cepat dan tepat
Definisi operasional	:	Angka kecepatan waktu penyelesaian Visum et Repertum (VeR) adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan VER $\leq 7$ Hari
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah penyelesaian Visum et Repertum (VeR) sesuai Standar dalam 1 (satu) bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan Visum et Repertum (VeR) dalam 1 (satu) bulan.
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 95$ %
Penanggung jawab	:	Kepala Bidang Pelayanan Medik

**c. Penyelesaian Visum et Repertum (VeR) Luar sama atau kurang dari 7 hari**

Judul	:	Penyelesaian Visum et Repertum (VeR) Luar sama atau kurang dari 7 hari
Dimensi mutu	:	Kecepatan pelayanan

Tujuan	:	Agar penyelesaian Visum et Repertum (VeR) luar dapat diselesaikan dengan cepat dan tepat.
Definisi operasional	:	Penyelesaian Visum et Repertum (VeR) luar adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan pemeriksaan Visum et Repertum (VeR) luar.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	6 (enam) bulan
Numerator	:	Jumlah penyelesaian Visum et Repertum (VeR) luar yang $\leq 7$ (tujuh) hari, dalam waktu 1 (satu) bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan pemeriksaan Visum et Repertum (VeR) luar, dalam waktu 1 (satu) bulan.
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 95\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Bidang Pelayanan Medik

**d. Kecepatan penyelesaian Visum et Repertum (VeR) Luar dan Dalam sama dengan atau kurang dari 14 hari**

Judul	:	Kecepatan penyelesaian Visum et Repertum (VeR) Luar dan dalam sama dengan atau kurang dari 14 hari
Dimensi mutu	:	Timeliness
Tujuan	:	Agar penyelesaian Visum et Repertum (VeR) luar dan dalam dapat diselesaikan dengan cepat dan tepat
Definisi operasional	:	Kecepatan Penyelesaian Visum et Repertum (VeR) luar dan dalam waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan permintaan VeR luar dan dalam
Frekuensi Pengumpulan	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	6 (enam) bulan
Numerator	:	Jumlah penyelesaian Visum et Repertum (VeR) luar & dalam yang $\leq 14$ hari, dalam waktu 1 (satu) bulan
Deraminator	:	Jumlah seluruh permintaan pemeriksaan Visum et Repertum (VeR) luar & dalam, untuk waktu 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	$\geq 95\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Forensik

### e. Jumlah pelaksanaan otopsi

Judul	:	Jumlah pelaksanaan otopsi
Dimensi mutu	:	Efisiensi, efektif, tepat
Tujuan	:	Agar pelaksanaan otopsi sesuai dengan permintaan otopsi
Definisi operasional	:	Jumlah pelaksanaan otopsi adalah jumlah permintaan otopsi dan yang selesai dilakukan otopsi
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	6 (enam) bulan
Numerator	:	Jumlah pelaksanaan otopsi sampai dengan selesai yang dilaksanakan dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh permintaan otopsi dalam waktu 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 90 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Forensik

## 19. PELAYANAN SARANA SANDANG & STERILISASI SENTRAL

### a. Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang

Judul	:	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	:	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	:	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu Bulan
Denominator	:	Jumlah linen yang sebenarnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Sarana Sandang & Sterilisasi Sentral

### **b. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap**

Judul	:	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	:	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	:	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	1 (satu) bulan
Numerator	:	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	:	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Sarana Sandang & Sterilisasi Sentral

### **c. Mutu Sterilisasi Instrumen, Linen Dan Bahan**

Judul	:	Mutu sterilisasi instrumen, linen & bahan
Dimensi mutu	:	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	:	Agar mutu sterilisasi instrumen, linen dan bahan dapat dipertanggungjawabkan
Definisi Operasional	:	Mutu sterilisasi instrumen, linen & bahan adalah angka yang menunjukkan sterilitas instrumen, linen dan bahan yang disterilkan oleh Instalasi Sarana Sandang & Sterilisasi Sentral pada periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Numerator	:	Jumlah siklus sterilisasi yang menunjukkan angka sterilitas instrumen, linen & bahan yang steril pada periode 1 (satu) Bulan.
Denominator	:	Jumlah seluruh siklus sterilisasi untuk instrumen, linen & bahan yang steril pada periode 1 (satu) Bulan
Sumber data	:	Survei
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Sarana Sandang & Sterilisasi Sentral

## 20. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA PRASARANA DAN SANITASI

### a. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat < 15 Menit

Judul	:	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat < 15 menit
Dimensi mutu	:	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani kerusakan alat
Definisi operasional	:	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 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 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) 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	:	Catat laporan kerusakan alat
Standar	:	≥ 80 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Sarana, Prasarana dan Sanitasi

### b. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	:	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	:	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	:	Kecepatan waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan / service untuk tiap-tiap alat sesuai dengan ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) bulan
Nurreratur	:	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) , dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Register pemeliharaan alat
Standar	:	100 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Sarana, Prasarana dan Sanitasi

**c. Kalibrasi Alat Kesehatan (Pelayanan Medik, Penunjang Medik) Yang Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi**

Judul	:	Kalibrasi Alat Kesehatan (Pelayanan Medik, Penunjang Medik, Alkes Lainnya) Yang Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi
Dimensi mutu	:	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	:	Tergambarnya akurasi Alat Kesehatan (Pelayanan Medik, Penunjang Medik, Alkes Lainnya)
Definisi operasional	:	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan Alat Kesehatan (Pelayanan Medik, Penunjang Medik, Alkes Lainnya) oleh Balai Pengamatan Fasilitas Kesehatan / Lembaga lain terakreditasi.
Frekuensi pengumpulan data	:	1 (satu) tahun
Periode analisis	:	1 (satu) tahun
Numerator	:	Jumlah Alat Kesehatan (Pelayanan Medik, Penunjang Medik, Alkes Lainnya) yang sudah dikalibrasi dalam 1 (satu) tahun
Denominator	:	Jumlah Alat Kesehatan (Pelayanan Medik, Penunjang Medik, Alkes Lainnya) yang harus dikalibrasi dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	:	Buku registrasi
Standar	:	100%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Sarana, Prasarana dan Sanitasi

**21. PENCEGAH PENGENDALIAN INFEKSI**

**a. Tersedianya Tim PPI Rumah Sakit Yang Terlatih**

Judul	:	Tersedianya Tim PPI rumah sakit yang terlatih
Dimensi mutu	:	Kompetensi teknis
Tujuan	:	Tersedianya Tim PPI rumah sakit yang terlatih dan kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas PPI rumah sakit
Definisi operasional	:	Merupakan Tim PPI rumah sakit yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap 3 (tiga) bulan
Periode analisis	:	Setiap 1 (satu) tahun
Numerator	:	Jumlah anggota Tim PPI rumah sakit yang sudah terlatih

Denominator	:	Jumlah anggota Tim PPI rumah sakit
Sumber data	:	Kepegawaian
Standar	:	≥ 75%
Penanggung jawab	:	Ketua Komite PPI Rumah Sakit

**b. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)**

Judul	:	Ketersediaan alat pelindung diri (APD)
Dimensi mutu	:	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan Pengunjung
Tujuan	:	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi operasional	:	Alat standar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, Penutup kepala, sepatu boots dan gun
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap hari
Periode analisis	:	1 (satu) bulan
Numerator	:	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	:	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	:	Survei
Standar	:	≥ 60%
Penanggung jawab	:	Ketua Komite PPI Rumah Sakit

**c. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit**

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

## 22. PELAYANAN HEMODIALISA

### a. Keterlambatan Waktu Tindakan Hemodialisa

Judul	:	Keterlambatan waktu tindakan hemodialisa
Dimensi mutu	:	Mutu Pelayanan, Keselamatan pasien
Tujuan	:	Tidak adanya Keterlambatan waktu dalam memberikan tindakan hemodialisa
Definisi operasional	:	terjadinya penundaan waktu tindakan pasien hemodialisa lebih dari 1 jam dari waktu yang ditentukan ( dijadwalkan)
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap hari
Periode analisis	:	1 Bulan
Numerator	:	Jumlah keterlambatan waktu tindakan hemodialisa perbulan
Denominator	:	Jumlah seluruh pasien hemodialisa dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Laporan Harian
Standar	:	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Hemodialisa

### b. Insiden Kesalahan Setting Program Mesin Hemodialisa

Judul	:	Insiden kesalahan setting program mesin hemodialisa
Dimensi mutu	:	Keselamatan Pasien
Tujuan	:	Tidak adanya kesalahan setting program mesin hemodialisa
Definisi operasional	:	terjadinya ketidaksesuaian antara program dokter dengan program yang dilakukan sehingga dapat mempengaruhi kondisi pasien
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap Hari
Periode analisis	:	1 (satu) Bulan
Numerator	:	Jumlah kesalahan setting program hemodialisa perbulan
Denominator	:	Jumlah setting program hemodialisa perbulan
Sumber data	:	Laporan Harian
Standar	:	0%
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Hemodialisa

### c. Insiden Ketidaktepatan Insersi Vena dan Arteri Pada Pasien Hemodialisa

Judul	:	Insiden ketidaktepatan insersi vena dan arteri pada pasien hemodialisa
Dimensi mutu	:	Keselamatan Pasien
Tujuan	:	Tidak adanya ketidaktepatan insersi vena dan arteri pada pasien hemodialisa
Definisi operasional	:	Ketidaktepatan pelaksanaan akses intravaskuler baik vena maupun arteri perifer atau AV shunt
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap Hari
Periode analisis	:	1 (satu) Bulan
Numerator	:	Jumlah ketidaktepatan insersi vena dan arteri perbulan
Denominator	:	Jumlah insersi vena dan arteri pada bulan tersebut
Sumber data	:	Laporan Harian
Standar	:	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Hemodialisa

## 23. PELAYANAN PENUNJANG DIAGNOSTIK TERPADU

### a. Keterlambatan Waktu Tindakan Endoskopi

Judul	:	Keterlambatan waktu tindakan endoskopi
Dimensi mutu	:	Mutu pelayanan
Tujuan	:	Mengurangi atau meminimalkan Keterlambatan waktu tindakan endoskopi
Definisi operasional	:	Tertundanya tindakan endoskopi lebih dari 60 menit
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap Hari
Periode analisis	:	1 (satu) Bulan
Numerator	:	Jumlah tindakan endoskopi yang tertunda lebih dari 60 menit perbulan
Denominator	:	Jumlah pasien yang dilakukan endoskopi dalam bulan tersebut
Sumber data	:	Laporan Harian
Standar	:	$\leq 2\%$
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Penunjang Diagnostik Terpadu

### **b. Insiden Vagal Reflek Pada Tindakan Gastroskopi**

Judul	:	Insiden vagal reflek pada tindakan gastroskopi
Dimensi mutu	:	Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien
Tujuan	:	Mengurangi resiko Insiden vagal reflek pada tindakan gastroskopi
Definisi operasional	:	adanya insiden vagal reflek pada pasien akibat tindakan gastroskopi
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap Hari
Periode analisis	:	1 (satu) Bulan
Numerator	:	Insiden vagal reflek pada tindakan endoskopi perbulan
Denominator	:	Jumlah total tindakan endoskopi pada bulan tersebut
Sumber data	:	Laporan Harian
Standar	:	0 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Penunjang Diagnostik Terpadu

### **c. Insiden Ruptur Colon Pada Tindakan Kolonoskopi**

Judul	:	Insiden ruptur colon pada tindakan kolonoskopi
Dimensi mutu	:	Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien
Tujuan	:	Mengurangi resiko Insiden ruptur colon pada tindakan kolonoskopi
Definisi operasional	:	Adanya insiden yang menimbulkan terjadinya ruptur colon pada tindakan kolonoskopi
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap Hari
Periode analisis	:	1 (satu) Bulan
Numerator	:	Insiden ruptur colon pada tindakan kolonoskopi perbulan
Denominator	:	Jumlah tindakan kolonoskopi perbulan
Sumber data	:	Laporan Harian
Standar	:	0 %
Penanggung jawab	:	Kepala Ruang dan Kepala Instalasi Penunjang Diagnostik Terpadu

## 24. PELAYANAN PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT

### a. SDM Pemberian Pelayanan Promosi Kesehatan Rumah Sakit Sudah Purna Waktu

Judul	:	SDM Pemberian Pelayanan Promosi Kesehatan sudah Purna Waktu
Dimensi mutu	:	Mutu Pelayanan
Tujuan	:	Meningkatkan mutu pelayanan Promosi Kesehatan Rumah Sakit
Definisi operasional	:	SDM yang memberikan pelayanan merupakan pegawai penuh yang mempunyai tugas dan fungsi memberikan promosi kesehatan rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap Bulan
Periode analisis	:	1 (satu) Tahun
Numerator	:	Jumlah SDM melayani promosi kesehatan yang sudah purna waktu
Denominator	:	Jumlah SDM yang melayani promosi kesehatan di rumah sakit
Sumber data	:	Laporan Bulanan
Standar	:	90 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit

### b. Kelengkapan Pengisian Lembar Edukasi Pasien

Judul	:	Kelengkapan pengisian lembar edukasi pasien
Dimensi mutu	:	Mutu Pelayanan
Tujuan	:	Meningkatkan mutu pelayanan terkait dengan kelengkapan pengisian lembar edukasi pasien
Definisi operasional	:	Keterisian lembar edukasi pasien yang dilakukan oleh Profesional pemberi asuhan (PPA).
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap Bulan
Periode analisis	:	3 (tiga) Bulan
Numerator	:	Jumlah lembar edukasi pasien yang diisi lengkap oleh profesional pemberi asuhan (PPA), yang diamati 1 (satu) bulan. (minimal n = 50)
Denominator	:	Jumlah lembar edukasi pasien, yang diamati 1 (satu) bulan. (minimal n = 50)
Sumber data	:	Laporan Bulanan
Standar	:	90 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit

## 25. PELAYANAN TEKNOLOGI INFORMASI

### a. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat Teknologi Informasi

Judul	:	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat Teknologi Informasi < 15 menit
Dimensi mutu	:	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani kerusakan alat Teknologi Informasi
Definisi operasional	:	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 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	:	Setiap Hari
Periode analisis	:	1 (satu) bulan
Numerator	:	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi $\leq$ 15 menit dalam 1 (satu) bulan
Denominator	:	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	:	Catat laporan kerusakan alat Teknologi Informasi
Standar	:	$\geq$ 80 %
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi IT

### b. Ketepatan Waktu Perbaikan Dan Pemeliharaan Alat Teknologi Informasi

Judul	:	Ketepatan waktu perbaikan dan pemeliharaan alat Teknologi Informasi
Dimensi mutu	:	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	:	Tergambarnya kecepatan dan Ketepatan dalam melaksanakan perbaikan dan pemeliharaan alat Teknologi Informasi
Definisi operasional	:	Standar waktu yang menunjukkan periode perbaikan dan pemeliharaan untuk tiap-tiap alat sesuai dengan waktu yang sudah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	:	Setiap Hari
Periode analisis	:	1 (satu) bulan
Numerator	:	Jumlah alat yang dilakukan perbaikan dan pemeliharaan tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	:	Jumlah semua alat yang dilakukan perbaikan dan pemeliharaan dalam 1 bulan
Sumber data	:	Laporan Pemeliharaan
Standar	:	$\geq$ 80%
Penanggung jawab	:	Kepala Instalasi IT

#### BAB IV PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiarjo Purwodadi Kabupaten Grobogan pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan RSUD yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah / Pemerintah Provinsi / Pemerintah Kabupaten / Kota dengan standar kinerja yang ditetapkan.

Namun demikian mengingat kondisi masing-masing daerah yang terkait dengan sumber daya yang tidak merata maka diperlukan pentahapan dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal oleh masing-masing daerah sesuai dengan kondisi / perkembangan kapasitas daerah. Mengingat Standar Pelayanan Minimal sebagai hak konstitusional yang harus dijalankan dalam memberikan pelayanan maka seyogyanya Standar Pelayanan Minimal menjadi prioritas dalam Perencanaan dan Penganggaran Daerah.

Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soedjati Soemodiarjo Purwodadi Kabupaten Grobogan diharapkan dapat dijadikan pedoman dan panduan serta membantu pelaksanaan dalam menerapkan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit.

Standar Pelayanan Minimal ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola Rumah Sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Hal-hal lain yang belum tercantum dalam Buku Standar Pelayanan Minimal ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

