



**BUPATI MALANG
PROVINSI JAWA TIMUR**

**PERATURAN BUPATI MALANG
NOMOR 58 TAHUN 2017
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAWANG KABUPATEN MALANG**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI MALANG,

Menimbang : bahwa pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang diberikan Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang harus sesuai dengan standar yang ditetapkan dan untuk melaksanakan ketentuan dalam Pasal 2 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, maka perlu membentuk Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten di Lingkungan Propinsi Jawa Timur (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 41), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya dengan mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat dan Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);

2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
5. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);
6. 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 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);

9. Peraturan Pemerintah Nomor 48 Tahun 2016 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif kepada Pejabat Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 230, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5943);
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1221);
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1475);
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
15. Peraturan Daerah Kabupaten Malang Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Malang Tahun 2016 Nomor 1 Seri C);
16. Peraturan Bupati Malang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Organisasi Perangkat Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Lawang (Berita Daerah Kabupaten Malang Tahun 2014 Nomor 4 Seri C);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAWANG KABUPATEN MALANG.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Malang.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Malang.
3. Bupati adalah Bupati Malang.
4. Rumah Sakit Umum Daerah Lawang adalah Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Lawang.
6. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
7. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Perangkat Daerah atau Unit Kerja pada Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Kabupaten Malang yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
8. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.
9. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib Daerah yang berhak diperoleh setiap masyarakat secara minimal.

10. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Lawang kepada masyarakat.
11. Mutu Pelayanan 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 dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
12. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar *World Health Organization*.
13. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
14. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif atau kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
15. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
16. Frekuensi Pengumpulan Data adalah kekerapan pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
17. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
18. Pembilang yang selanjutnya disebut numerator adalah besaran sebagai nilai yang dibagi dalam rumus indikator kinerja.

19. Penyebut yang selanjutnya disebut denominator adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
20. Sumber Data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II SISTEMATIKA

Pasal 2

- (1) Dengan Peraturan Bupati ini menetapkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang dengan sistematika penyusunan sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

BAB II SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAWANG KABUPATEN MALANG

BAB III JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN TARGET PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAWANG KABUPATEN MALANG

BAB IV PENUTUP

- (2) Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.
- (3) Matriks Kegiatan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB III
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 3

Peraturan Bupati ini mulai berlaku sejak tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Kapanjen
pada tanggal 20 Juni 2017

BUPATI MALANG,

ttd.

H. RENDRA KRESNA

Diundangkan di Kapanjen
pada tanggal 20 Juni 2017

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN MALANG,

ttd.

ABDUL MALIK

Berita Daerah Kabupaten Malang
Tahun 2017 Nomor 15 Seri D

LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI MALANG
NOMOR 58 TAHUN 2017
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
LAWANG KABUPATEN MALANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAWANG KABUPATEN MALANG**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang

Rumah Sakit Umum Daerah Lawang sebelumnya merupakan “Panti Husada” yang didirikan dan diresmikan oleh Bendoro Raden Ajoe Adipati Ario Harsono pada tahun 1930 dan berubah tugas dan fungsinya menjadi Puskesmas Pembina pada tahun 1970 yang membawahi eks Kawedanan Singosari yang merupakan ujung tombak untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada tahun 1978 Puskesmas Lawang berdiri dengan melaksanakan 12 program sesuai kebijaksanaan pemerintah yang terbagi atas Program Prioritas dan Program Inovatif.

Sejalan dengan perkembangan dibidang Pelayanan Kesehatan, Pemerintah Kabupaten Malang telah mengusulkan Puskesmas Lawang menjadi Rumah Sakit Umum Daerah yang telah divisitasi oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2009 dengan penetapan Rumah Sakit Umum Daerah dengan klasifikasi Kelas D dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. 283/Menkes/SK/II/2010 beserta nomor registrasi Rumah Sakit 35 07 0 85 yang kemudian ditindaklanjuti pada tanggal 22 Nopember 2011 telah diresmikan oleh Pemerintah Kabupaten Malang dengan penyerahan Peraturan Bupati Malang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Organisasi Perangkat Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Lawang.

Pada tanggal 21 Februari 2014 Rumah Sakit Umum Daerah Lawang mendapatkan Sertifikat Penetapan Kelas Rumah Sakit sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: HK.02.03/I/0232/2014 tentang Penetapan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang Provinsi Jawa Timur sebagai Rumah Sakit Umum Kelas C.

Dengan didorong pelaksanaan kegiatan pelayanan rumah sakit yang efisien dan produktif tanpa mengutamakan mencari keuntungan, sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang

Perbendaharaan Negara, selanjutnya Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang diusulkan menjadi Badan Layanan Umum.

Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara dalam Pasal 1 angka 23 menyatakan bahwa Badan Layanan Umum adalah instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

Selanjutnya dinyatakan bahwa pembinaan keuangan Badan Layanan Umum Pemerintah Daerah dilakukan oleh pejabat pengelola keuangan daerah dan pembinaan teknis dilakukan oleh kepala perangkat daerah yang bertanggung jawab atas bidang pemerintahan yang bersangkutan (Pasal 68 ayat 4), yang wajib menyusun rencana kerja dan anggaran tahunan (Pasal 69 ayat 1) dan Rencana Kerja dan Anggaran serta laporan keuangan dan kinerja Badan Layanan Umum disusun dan disajikan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari rencana kerja dan anggaran serta laporan keuangan dan kinerja Kementerian Negara/Lembaga/Pemerintah Daerah (Pasal 69 ayat 2).

Dengan demikian kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang sebagai BLUD yang akan dicapai merupakan pendukung pencapaian kinerja Pemerintah Kabupaten Malang khususnya pada bidang kesehatan.

Pemerintah Kabupaten Malang wajib menyelenggarakan/melaksanakan kewenangan di bidang pemerintahan yang diwajibkan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Penyelenggaraan kewenangan wajib tersebut adalah meliputi penyediaan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal sebagai tolok ukur yang telah ditentukan sebelumnya, dengan demikian Standar Pelayanan Minimal Pemerintah Kabupaten Malang yang dimaksud adalah tolok ukur untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat.

Standar Pelayanan Minimal adalah merupakan hal baru, konsep Standar Pelayanan Minimal sendiri belum lengkap sehingga sulit diterapkan oleh berbagai pihak. Namun di sisi lain Standar Pelayanan Minimal harus diterapkan secara tepat oleh karena akan berdampak terhadap penyelenggaraan pemerintahan baik dari segi perencanaan, pembiayaan dan pertanggungjawaban. Untuk mengatasi permasalahan tersebut di atas, Pemerintah Kabupaten Malang menyusun Standar Pelayanan Minimal sebagai model pengaturan pengukuran keberhasilan penyelenggaraan kewenangan wajib yang diembannya diantaranya adalah Standar Pelayanan Minimal di bidang kewenangan kesehatan.

Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang sebagai Badan Layanan Umum di bidang kesehatan, berkewajiban untuk mewujudkan Standar Pelayanan Minimal di bidang kewenangan kesehatan tersebut. Untuk itu diperlukan suatu rumusan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang, yang tidak lain merupakan parameter sasaran mutu/indikator keberhasilan penyelenggaraan pelayanan rumah sakit.

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara serta Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005, Badan Layanan Umum selain dimaksudkan sebagai suatu unit usaha penyedia layanan publik yang efisien dan produktif, diharapkan pula kemandirian baik usaha maupun kebijakan sebagaimana layaknya unit usaha komersial.

Untuk itu diperlukan inovasi maupun kebijakan lazimnya diterapkan pada unit usaha mandiri seperti inovasi strategi yang mendasarkan pada kepuasan pelanggan (pasien). Perumusan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang, yang merupakan parameter sasaran mutu/indikator keberhasilan penyelenggaraan pelayanan rumah sakit, menggunakan pendekatan Sistem Manajemen Kinerja *Balance Scorecard* (Robert S. Kaplan dan David P. Norton -1992).

Parameter sasaran mutu/indikator keberhasilan penyelenggaraan pelayanan rumah sakit, dikelompokkan dalam empat perspektif *Balance Scorecard* yang dikaitkan dengan visi dan strategi organisasi, yaitu: (1) perspektif keuangan (dalam hal ini *stakeholder* internal yaitu Pemerintah Kabupaten Malang), (2) perspektif pelanggan (dalam hal ini *stakeholder* eksternal yaitu pasien atau masyarakat), (3) perspektif proses bisnis internal, dan (4) perspektif pembelajaran dan pertumbuhan.

B. Maksud dan Tujuan

1. Maksud

Standar Pelayanan Minimal yang merupakan parameter sasaran mutu/indikator keberhasilan penyelenggaraan pelayanan rumah sakit tersebut diharapkan berbagai macam strategi pencapaian tujuan dan sasaran Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang yang berupa kebijakan, program dan kegiatan akan lebih terarah dan lebih tepat, sehingga tercapai efisiensi, efektivitas dan ekonomis. Dengan pendekatan Sistem Manajemen Kinerja *Balance Scorecard* diharapkan akan terjadi keterkaitan yang seimbang antara visi, misi dengan strategi yang akan diterapkan dipandang dari perspektif keuangan, perspektif pelanggan, perspektif proses bisnis internal, dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan karyawan.

Disamping itu model Standar Pelayanan Minimal yang disusun diharapkan dapat memberikan pemecahan masalah atas timbulnya berbagai interpretasi atau berbagai perbedaan pemahaman yang dapat mengakibatkan pada kekeliruan dalam pengambilan keputusan, yang pada akhirnya akan merugikan pemberi mandat (*stakeholders*).

Rumusan Standar Pelayanan Minimal merupakan dukungan dalam rangka mewujudkan Standar Pelayanan Minimal Pemerintah Kabupaten Malang khususnya di bidang kewenangan kesehatan (selanjutnya disebut Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang).

2. Tujuan

Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang sebagai perangkat Pemerintah Kabupaten Malang memiliki persepsi dan pemahaman yang sama pada saat penetapan dan pencapaian Standar Pelayanan Minimal sebagai parameter sasaran mutu/indikator keberhasilan penyelenggaraan pelayanan rumah sakit, serta memberikan manajemen suatu pengetahuan, keterampilan dan sistem yang memungkinkan karyawan dan manajemen belajar dan berkembang terus menerus dalam berinovasi untuk membangun kapabilitas strategi yang tepat serta efisiensi agar mampu menyerahkan nilai khusus yang diterima pelanggan yang selanjutnya akan berkembang kepada kemampuan maupun kemandirian keuangan.

C. Pengertian

Standar Pelayanan Minimal merupakan ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib Pemerintah Daerah yang berhak diperoleh setiap masyarakat secara minimal serta merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Lawang kepada masyarakat.

D. Landasan Hukum

Dalam menyusun Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Lawang mengacu pada peraturan perundang-undangan antara lain:

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan;
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
6. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 48 Tahun 2016 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif kepada Pejabat Pemerintahan;
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;

13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
14. Peraturan Daerah Kabupaten Malang Nomor 9 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah;
15. Peraturan Bupati Malang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Organisasi Perangkat Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Lawang.

BAB II
SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAWANG KABUPATEN MALANG

Sistematika dokumen Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Lawang disusun dalam bentuk:

Bab I Pendahuluan

- A. Latar Belakang
- B. Maksud dan Tujuan
- C. Pengertian
- D. Landasan Hukum

Bab II Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang

Bab III Jenis Pelayanan, Indikator dan Target Pencapaian Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Lawang Kabupaten Malang

- A. Jenis Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Lawang
- B. Standar Pelayanan Minimal Setiap Jenis Pelayanan, Indikator dan Standar

Bab IV Penutup

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN TARGET PENCAPAIAN STANDAR
PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAWANG
KABUPATEN MALANG

Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Lawang meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator dan target pencapaian kinerja penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Lawang.

A. JENIS PELAYANAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAWANG

1. Pelayanan Gawat Darurat;
2. Pelayanan Rawat Jalan;
3. Pelayanan Rawat Inap;
4. Pelayanan Bedah;
5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
6. Pelayanan Intensif;
7. Pelayanan Radiologi;
8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;
9. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
10. Pelayanan Farmasi;
11. Pelayanan Gizi;
12. Pelayanan Darah;
13. Pelayanan Keluarga Miskin;
14. Pelayanan Rekam Medis;
15. Pengelolaan Limbah;
16. Pelayanan Administrasi Manajemen;
17. Pelayanan *Ambulance*/Kereta Jenazah;
18. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
20. Pelayanan *Laundry*;
21. Pencegahan Pengendalian Infeksi.

B. STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

No.	Parameter/Indikator Kinerja	Satuan	Target
PERSPEKTIF KEUANGAN, diterapkan sebagai analisa sektor publik			
1.	Rasio Kemandirian	%	1.69
2.	Rasio Efektivitas Pendapatan	%	0.52

3.	Rasio Efisiensi Pendapatan	%	0.95
4.	Rasio Kecerahan (Rasio Aktivitas)		
	Rasio Belanja Tidak Langsung terhadap APBD	%	0.46
	Rasio Belanja Langsung terhadap APBD	%	0.12
5.	Rasio Pertumbuhan (<i>Growth Ratio</i>)		-10.11
	Pendapatan		-31.17
	Belanja		
Diterapkan sebagai analisa keuangan sektor komersial			
1	Rasio Profitabilitas (<i>Profitability Ratios</i>)		
	Rasio Keuntungan Kotor (<i>Gross Margin</i>)		
	Rasio Keuntungan Bersih (<i>Net Profit Margin</i>)		
	Tingkat Pengembalian Aset (<i>Return On Assets = ROA</i>)	%	0.03
	Tingkat Pengembalian Modal Sendiri (<i>Return On Equity = ROE</i>)	%	0.08
2.	Rasio Aktivitas (<i>Activity Ratios</i>)		
	Tingkat Perputaran Piutang Dagang (<i>Accounts Receivable Turnover</i>)		
	Periode Penagihan Rata-rata (<i>Collection Days</i>)		
	Tingkat Perputaran Inventori (<i>Inventory Turnover</i>)		
	Tingkat Perputaran Harta Total (<i>Total Assets Turnover</i>)		
3.	Rasio Hutang (<i>Debt Ratios</i>)		
	Hutang Terhadap Kekayaan Bersih (<i>Debt to Net Worth</i>)	%	0.63
	Hutang Jangka Pendek Terhadap Total Hutang/Kewajiban (<i>Short-term Debt to Liabilities</i>)	%	1.74
4.	Rasio Likuiditas (<i>Liquidity Ratios</i>)		
	Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	%	0.22
	Rasio Cepat (<i>Quick Ratio</i>)	%	0.18
Diterapkan pada Rumah Sakit untuk mengetahui efisiensi keuangan			
1.	<i>Index Cost</i>		
	per Hari Rawat	rasio	1.010.000
	per Tempat Tidur	rasio	14.000.000
	Per Dokter	rasio	44.250.000
	Per <i>Laundry Service</i>	rasio	3.500
	Per Porsi Makanan	rasio	10.000
	Per Jasa Laborat	rasio	11.000

	Per Peralatan Medis (<i>X-Ray, USG, CT-Scan, MRI</i> dll)	rasio	300.000
	Per Dokter (Total) terhadap Penerimaan/Pendapatan (Total)	rasio	0.035
	Per Pegawai Non Medis (Total) terhadap Penerimaan/Pendapatan (Total)	rasio	0.075
	Per Pegawai (Total) terhadap Penerimaan/Pendapatan (Total)	rasio	0.400
2.	Rasio Tagihan Pasien Tak Terbayar	%	0.010
PERSPEKTIF PELANGGAN (PASIEN)			
1.	Indeks Kepuasan Pelanggan	%	100%
	A Sangat Baik 81,26 - 100		
	B Baik 62,51 - 81,25		
	C Kurang Baik 43,76 - 62,50		
	D Tidak Baik 25 - 43,75		
PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL			
Standar Pelayanan Minimal Setiap Jenis Pelayanan			
I.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Instalasi Gawat Darurat		
	1.	Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	% 100%
	2.	Jam buka pelayanan gawat darurat	jam 24 jam
	3.	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku	100% 100%
	4.	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	tim satu tim
	5.	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	menit ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
	6.	Kepuasan Pelanggan	≥ 70% ≥ 70%
	7.	Kematian pasien ≤ 24 jam	% ≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)
	8.	Khusus untuk RS Jiwa Pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam	% 100%
	9.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	% 100%
II.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rawat Jalan		

	1.	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	%	100%
	2.	Ketersediaan Pelayanan	%	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
	3.	Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa	a. Anak Remaja b. NAPZA c. Gangguan Psikotik d. Gangguan Neurotik e. Mental Retardasi f. Mental Organik g. Usia Lanjut (tersedia =1, tidak tersedia =0)	Minimal : a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
	4.	Jam buka pelayanan	%	100%
	5.	Waktu tunggu di rawat jalan	menit	≤ 60 menit
	6.	Kepuasan Pelanggan	%	≥ 90%
	7.	a. Penegakan diagnosis Tuberkulosis (TB) melalui pemeriksaan mikroskop TB untuk Rumah Sakit yang telah melaksanakan TB <i>DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course)</i>	%	≥ 60%
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	%	≥ 60%
III.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rawat Inap			
	1.	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	100%	100%
	2.	Dokter penanggung jawab pasien	100%	100%

		Rawat Inap		
	3.	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	min kesehatan anak, PD, kebidanan, bedah (ada-1, tidak ada = 0)	min kesehatan anak, PD, kebidanan, bedah (ada-1, tidak ada = 0)
	4.	Jam Visite Dokter Spesialis	%	100%
	5.	Kejadian infeksi pasca operasi	%	≤ 1,5%
	6.	Kejadian infeksi nosokomial	%	≤ 1,5%
	7.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	%	100%
	8.	Kematian pasien > 48 jam	%	≤ 0,24%
	9.	Kejadian pulang paksa	%	≤ 5%
	10.	Kepuasan pelanggan	%	≥ 90%
Rawat Inap TB : untuk Rumah Sakit yang telah melaksanakan TB DOTS				
	11.			
	a.	Rawat inap TB: Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	100%
	b.	Rawat inap TB: Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	%	100%
	12.	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit yang memberikan pelayanan jiwa	a. Narkotika, Psikotropika, Zat Aditif (NAPZA) b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Mental Organik (Ya =1, tidak =0)	Minimal : a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
	13.	Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri	%	100%
	14.	Kejadian <i>re-admission</i> pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan	%	100%

	15.	Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa	minggu	≤ 6 minggu
IV.	Bedah Sentral			
	1.	Waktu tunggu operasi elektif	hari	≤ 2 hari
	2.	Kejadian kematian di meja operasi	%	≤ 1 %
	3.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	%	100%
	4.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	%	100%
	5.	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	%	100%
	6.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	%	100%
	7.	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	%	≤ 6%
V.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Persalinan, Parinatologi Dan Neonatologi			
	1.	Kejadian kematian Ibu karena persalinan	%	a. Perdarahan ≤1%
			%	b. Pre-eklampsia ≤30%
			%	c. Sepsis ≤0,2%
	2.	Pemberi pelayanan persalinan normal	%	100%
	3.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) yang terlatih (tersedia=1, tidak tersedia=0)	Tersedia
	4.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	%	100%

	5.	Kemampuan menangani Bayi Berat Lahir Rendah 1500 gr-2500 gr	%	100%
	6.	Pertolongan persalinan melalui <i>Sectio Caesar</i>	%	100%
	7.	Keluarga Berencana (KB)		
	a.	Presentase KB (Vasektomi dan Tubektomi yang dilakukan oleh tenaga kompeten dr. SpOG, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dokter umum terlatih	%	100%
	b.	Presentasi peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	%	100%
	8.	Kepuasan pelanggan	%	≥ 80%
VI.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Intensif			
	1.	Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam	%	≤ 3 %
	2.	Pemberi pelayanan Unit Intensif	a. Dokter spesialis anestesi dan dokter spesialis sesuai kasus yang ditangani; b. 100% Perawat minimal DIII dengan sertifikat Perawat mahir ICU/ setara DIV 100%.	100%
VII.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Laboratorium			
	1.	Waktu tunggu hasil pelayanan	menit	≤ 140 menit

		laboratorium		kimia darah dan darah rutin
	2.	Pelaksana ekspertisi	%	Dokter Spesialis
				Pathologi Klinik 100%
	3.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	%	100%
	4.	Kepuasan Pelanggan	%	≥ 80%
VIII.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Radiologi			
	1.	Waktu tunggu hasil pelayanan <i>Rontgen Thorax</i>	jam	≤ 3%
	2.	Pelaksana ekspertisi	%	100%
	3.	Kejadian kegagalan pelayanan <i>Rontgen</i>	%	≤ 2%
	4.	Kepuasan Pelanggan	%	≥ 80%
IX.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Rehabilitasi Medik			
	1.	Kejadian <i>Drop Out</i> pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	%	≤ 50%
	2.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	100%
	3.	Kepuasan Pelanggan	%	≥ 80%
X.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Farmasi			
	1.	Waktu tunggu pelayanan		
		a. Obat jadi	menit	≤ 30 menit
		b. Racikan	menit	≤ 60 menit
	2.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	100%
	3.	Kepuasan pelanggan	%	≥ 80 %
	4.	Penulisan resep sesuai formularium	%	100%
XI.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Gizi			
	1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	%	≥ 90 %
	2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	%	≥ 20%
	3.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	%	100%
XII.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Transfusi Darah			
	1.	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi	%	100%

	2.	Kejadian Reaksi tranfusi	%	≤ 0,01%
XIII.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Maskin			
	1.	Pelayanan terhadap pasien Keluarga Miskin (GAKIN) yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan.	%	100%
XIV.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Rekam Medik			
	1.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan.	%	100%
	2.	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas.	%	100%
	3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	menit	≤ 10 menit
	4.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap.	menit	≤ 15 menit
XV.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Limbah			
	1.	Baku mutu limbah cair	%	100%
	2.	Pengelolaan limbah padat <i>infeksius</i> sesuai dengan aturan	%	100%
XVI.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Administrasi dan Manajemen			
	1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	%	100%
	2.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	%	100%
	3.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	100%
	4.	Ketepatan waktu pengusulan gaji berkala	%	100%
	5.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	≥ 60%
	6.	<i>Cost recovery</i>	%	≥ 40%
	7.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	100%
	8.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	jam	≤ 2 jam
	9.	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	%	100%
XVII.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan <i>Ambulance</i> /Kereta Jenazah			
	1.	Waktu pelayanan <i>ambulance</i> /Kereta	jam	24 jam

		Jenazah		
	2.	Kecepatan memberikan pelayanan <i>ambulance</i> /Kereta jenazah di Rumah Sakit	menit	100%
	3.	<i>Response time</i> pelayanan <i>ambulance</i> oleh masyarakat yang membutuhkan	Sesuai ketentuan daerah	Sesuai ketentuan daerah
XVIII.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Pemulasaran Jenazah			
	1.	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	jam	≤2 jam
XIX.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Pemeliharaan Sarana			
	1.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	%	≥80%
	2.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	%	100%
	3.	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	%	100%
XX.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan <i>Laundry</i>			
	1.	Tidak adanya linen yang hilang	%	100%
	2.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	100%
XX.	Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Pemeliharaan Pengendalian Infeksi			
	1.	Ada anggota tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang terlatih	%	≥75%
	2.	Tersedia Alat Pelindung Diri di setiap instalasi/ <i>departement</i>	%	≥75%
	3.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ <i>HAI (Health Care Associated Infections)</i> di Rumah Sakit (minimum satu parameter)	%	≥75%
PERSPEKTIF PEMBELAJARAN DAN PERTUMBUHAN				
	1.	Akreditasi Rumah Sakit	100%	100%
	2.	Pemenuhan tenaga	100%	100%
		Rasio spesialis terhadap pasien		
		Rasio dokter terhadap pasien		
		Rasio spesialis terhadap non spesialis		
		Rasio perawat terhadap tempat tidur		
	3.	Pemenuhan Alat	100%	100%
	4.	Pemenuhan Sarana	100%	100%
	5.	Pemenuhan Pelaporan/Informasi	100%	100%
	6.	Indeks Kepuasan Pegawai	100%	100%

BAB IV

PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Lawang ini pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Lawang dengan indikator dan standar pencapaian kinerja penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang ditetapkan. Standar Pelayanan Minimal disusun berdasarkan pada ketentuan penanganan kesehatan yang merupakan urusan wajib Pemerintah Daerah yang disesuaikan dengan ketersediaan sumber daya, sehingga dalam pelaksanaan dan pencapaiannya diperlukan pentahapan. Mengingat Standar Pelayanan Minimal sebagai hak konstitusional maka perlu menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah sehingga penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Lawang dapat dilaksanakan dengan baik sesuai dengan standar yang ditetapkan.

Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Lawang diharapkan dapat membantu pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Lawang dalam melaksanakan tugas/memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat pengguna jasa dengan menerapkan standar yang telah ditetapkan serta menjadi acuan bagi manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Lawang dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Lawang secara periodik akan dilakukan evaluasi sejalan dengan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kesehatan yang terus berkembang dan akan dilakukan penyesuaian penentuan jenis layanan maupun indikator dan standar yang akan dicapai dengan berpedoman pada ketentuan yang berlaku.

BUPATI MALANG,

ttd.

H. RENDRA KRESNA

LAMPIRAN II
 PERATURAN BUPATI MALANG
 NOMOR 58 TAHUN 2017
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 LAWANG KABUPATEN MALANG

**MATRIKS KEGIATAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH LAWANG
 KABUPATEN MALANG**

Definisi Operasional dan Metode Perhitungan/Formula

No	PARAMETER / INDIKATOR	Penanggung Jawab Pengukuran	Ket.
	Uraian Definisi Operasional		
	Metode Perhitungan / Formula		
1	2	3	4
PERSPEKTIF KEUANGAN			
Sebagai analisa keuangan sektor publik			
1.	<p>Rasio Kemandirian</p> <p>Rasio kemandirian keuangan menunjukkan kemampuan Rumah Sakit Umum Daerah dalam membiayai sendiri kegiatan pelayanan medis kepada masyarakat, yang ditunjukkan dengan besarnya pendapatan Rumah Sakit Umum Daerah dibandingkan dengan besarnya pendapatan yang berasal dari sumber lain, misalnya bantuan pemerintah maupun pinjaman.</p> $\frac{\text{Jumlah pendapatan operasional bruto dan non operasional bruto, tidak termasuk yang berasal dari sumber lain}}{\text{Jumlah keseluruhan pendapatan operasional bruto dan non operasional bruto}}$	Instalasi	
2.	<p>Rasio Efektivitas Pendapatan</p> <p>Rasio efektivitas menunjukkan kemampuan Rumah Sakit Umum Daerah dalam merealisasikan pendapatan dibandingkan dengan target pendapatan berdasarkan potensi yang ada.</p> $\frac{\text{Jumlah pendapatan operasional bruto yang ditargetkan}}{\text{Jumlah realisasi pendapatan operasional bruto}}$	Instalasi	
3.	<p>Rasio Efisiensi Pendapatan</p> <p>Rasio efisiensi menunjukkan keberhasilan merealisasikan pendapatan dengan biaya seminimal mungkin, yang ditunjukkan dengan perbandingan antara besarnya biaya yang dikeluarkan dalam memperoleh pendapatan tersebut dengan realisasi pendapatannya.</p> $\frac{\text{Jumlah pendapatan operasional bruto}}{\text{Jumlah beban operasional bruto}}$	Instalasi	

1	2	3	4
4.	<p>Rasio Keserasian (Rasio Aktivitas) Rasio ini merupakan gambaran bagaimana rumah sakit memprioritaskan alokasi dananya pada belanja tidak langsung (d/h belanja rutin) dan belanja langsung (d/h belanja proyek), terdiri dari :</p> <p>Rasio Belanja Tidak Langsung terhadap APBD; adalah perbandingan total BTL dengan total APBD :</p> $\frac{\text{Jumlah Biaya Tidak Langsung}}{\text{Jumlah Anggaran}}$ <p>Rasio Belanja Langsung terhadap APBD; adalah perbandingan total BL dengan total APBD :</p> $\frac{\text{Jumlah Biaya Langsung}}{\text{Jumlah Anggaran}}$	Instalasi	
5.	<p>Rasio Pertumbuhan (<i>Growth Ratio</i>) Rasio pertumbuhan adalah rasio yang menggambarkan seberapa besar kemampuan manajemen dalam mempertahankan dan meningkatkan keberhasilan yang telah dicapai dalam suatu periode ke periode berikutnya. Rasio pertumbuhan ini merupakan alat ukur analisa perkembangan setiap komponen sumber pendapatan dan pengeluaran/beban. Dengan dapat diketahuinya pertumbuhan atas masing-masing komponen sumber pendapatan dan pengeluaran/beban, dapat dilakukan evaluasi serta menentukan potensi-potensi yang ada untuk menentukan langkah/inisiatif perbaikan di periode berikutnya.</p> $\frac{\text{Jumlah realisasi pendapatan maupun beban (per komponen)}}{\text{Jumlah realisasi pendapatan dan beban (per komponen) tahun sebelumnya (1 tahun atau lebih)}}$	Instalasi	
Sebagai analisa keuangan sektor komersial			
1.	<p>Rasio Profitabilitas (<i>Profitability Ratios</i>) Rasio profitabilitas mengukur efektivitas manajemen yang ditunjukkan dengan keuntungan (laba) yang dihasilkan terhadap penjualan dan investasi, terdiri :</p> <p>Rasio Keuntungan Kotor (<i>Gross Margin</i>) Keuntungan kotor adalah jumlah penjualan bersih (<i>net sales</i>) dikurangi biaya penjualan/harga pokok penjualan.</p>	Instalasi	

1	2	3	4
	<p>Rasio keuntungan kotor atas penjualan merupakan pembagian antara keuntungan kotor dan penjualan bersih, yang dinyatakan dalam persentase.</p> $\frac{\text{Jumlah penjualan bersih (net sales)} - \text{dikurangi biaya penjualan/harga pokok penjualan}}{\text{Jumlah penjualan bersih}} \times 100\%$ <p>Rasio Keuntungan Bersih (<i>Net Profit Margin</i>) Keuntungan bersih adalah (penjualan + pendapatan lain-lain) dikurangi (semua biaya langsung dan tidak langsung + bunga pinjaman dan pajak).</p> <p>Rasio keuntungan bersih adalah keuntungan bersih dibagi penjualan bersih (<i>net sales</i>), yang dinyatakan dalam persentase.</p> $\frac{\text{jumlah (penjualan+pendapatan lain-lain) dikurangi (semua biaya langsung tidak langsung+bunga pinjaman dan pajak)}}{\text{Jumlah penjualan bersih}} \times 100\%$ <p>Tingkat Pengembalian Aset (<i>Return On Assets = ROA</i>) Tingkat pengembalian aset adalah pembagian antara keuntungan bersih dan aset (aktiva/harta) total, yang dinyatakan dalam persentase.</p> <p>Rasio ini mengukur efektivitas perusahaan dalam memanfaatkan seluruh sumber dayanya, rasio biasa disebut juga dengan tingkat pengembalian atas investasi (<i>return on investment = ROI</i>).</p> $\frac{\text{jumlah (penjualan+pendapatan lain-lain) dikurangi (semua biaya langsung tidak langsung+bunga pinjaman dan pajak)}}{\text{Jumlah keseluruhan aset/aktiva}} \times 100\%$ <p>Tingkat Pengembalian Modal Sendiri (<i>Return On Equity = ROE</i>) Tingkat pengembalian modal sendiri adalah rasio keuntungan bersih sesudah pajak terhadap modal sendiri (<i>equity/net worth</i>), yang dinyatakan dalam persentase.</p> <p>Rasio ini mengukur tingkat keberhasilan pengembalian dari modal sendiri, biasa disebut juga dengan <i>Return on Net Worth</i>.</p> $\frac{\text{jumlah keuntungan bersih sesudah pajak}}{\text{Jumlah modal sendiri}} \times 100\%$		
2.	<p>Rasio Aktivitas (<i>Activity Ratios</i>) Rasio aktivitas mengukur efektivitas manajemen menggunakan semua sumber daya yang berada dalam pengendaliannya. Rasio aktivitas mengasumsikan bahwa seharusnya terdapat keseimbangan yang layak dari penjualan dengan berbagai sumber aset, seperti persediaan, piutang, aset tetap dan aset lainnya. Rasio aktivitas terdiri dari; Tingkat Perputaran Piutang Dagang (<i>Accounts Receivable Turnover</i>)</p>	Instalasi	

1	2	3	4
	<p>Tingkat perputaran piutang adalah rasio dari penjualan dalam bentuk kredit secara keseluruhan dibagi dengan saldo piutang dagang, yang dinyatakan dalam persentase. Rasio ini biasa disebut juga dengan rasio penjualan atas piutang, yang merupakan alat ukur kinerja perusahaan dalam merealisasikan pelunasan/pengumpulan piutang.</p> <p>Penjualan kredit rumah sakit adalah <i>invoice</i> retribusi yang tidak dapat langsung dilunasi, termasuk didalamnya pasien melarikan diri maupun yang tak dapat ditagihkan.</p> $\frac{\text{Jumlah penjualan kredit dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah/saldo piutang akhir tahun}}$ <p>Periode Penagihan Rata-rata (<i>Collection Days</i>) Periode penagihan rata-rata adalah jangka waktu rata-rata antara waktu faktur (<i>invoice</i>) dikirim dan waktu pembayaran dilakukan. Rasio ini merupakan perbandingan antara piutang rata-rata tahunan dengan penjualan kredit rata-rata harian, yang dinyatakan dalam periode waktu hari. Jumlah hari tersebut merupakan periode yang menunjukkan lamanya waktu rata-rata bagi perusahaan harus menunggu penerimaan pembayaran setelah terjadinya penjualan secara kredit.</p> <p>Piutang rata-rata tahunan adalah saldo awal piutang + saldo akhir piutang dibagi 2; sedangkan penjualan kredit rata-rata harian adalah penjualan kredit (<i>sales on credit</i>) tahunan dibagi dengan 365 hari.</p> <p>Tingkat Perputaran Inventori (<i>Inventory Turnover</i>) Tingkat perputaran inventori adalah rasio biaya penjualan (<i>cost of sales/cost of good sold</i>) dibagi rata-rata <i>inventory</i> (inventori awal+inventori akhir/2), yang dinyatakan dengan satuan periode kali.</p> $\frac{\text{Jumlah beban dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah (inventori awal + inventori akhir/2)}} \text{ kali}$ <p>Tingkat Perputaran Harta Total (<i>Total Assets Turnover</i>) Tingkat perputaran harta total adalah rasio penjualan terhadap harta (aset) total, yang dinyatakan dengan satuan periode kali. Rasio ini merupakan ukuran efisiensi penggunaan harta total, semakin tinggi tingkat perputaran harta total, berarti semakin efisien pengelolaan harta totalnya.</p> $\frac{\text{Jumlah pendapatan operasional bruto}}{\text{Jumlah keseluruhan aktiva}} \text{ kali}$		

1	2	3	4
3.	<p>Rasio Hutang (<i>Debt Ratios</i>)</p> <p>Rasio hutang mengukur sejauh mana perusahaan dibiayai oleh hutang. Rasio hutang terdiri dari:</p> <p>Hutang Terhadap Kekayaan Bersih (<i>Debt to Net Worth</i>)</p> <p>Hutang terhadap kekayaan bersih adalah rasio perbandingan hutang/kewajiban total (<i>total liabilities</i>) dibagi total kekayaan bersih (<i>total net worth</i>), yang dinyatakan dalam persentase. Rasio ini semakin rendah menunjukkan kinerja perusahaan semakin baik.</p> $\frac{\text{Jumlah/saldo hutang/kewajiban pada akhir tahun}}{\text{Jumlah/saldo modal sendiri pada akhir tahun yang sama}} \times 100\%$ <p>Hutang Jangka Pendek Terhadap Total Hutang/Kewajiban (<i>Short-term Debt to Liabilities</i>)</p> <p>Hutang jangka pendek terhadap total hutang/kewajiban adalah ukuran kinerja manajemen dalam mengelola hutang, rasio ini adalah perbandingan hutang jangka pendek dibagi dengan total hutang/kewajiban (<i>total liabilities</i>), yang dinyatakan dalam persentase. Rasio ini semakin rendah menunjukkan kinerja perusahaan semakin baik.</p> $\frac{\text{Jumlah/saldo hutang jangka pendek pada akhir tahun}}{\text{Jumlah/saldo hutang/kewajiban pada akhir tahun yang sama}} \times 100\%$	Instalasi	
4.	<p>Rasio Likuiditas (<i>Liquidity Ratios</i>)</p> <p>Likuiditas adalah kemampuan dalam memenuhi hutang jangka pendeknya. Rasio likuiditas mengukur kinerja perusahaan dalam memenuhi kewajibannya yang akan jatuh tempo, yang terdiri dari:</p> <p>Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)</p> <p>Rasio lancar adalah perbandingan aset jangka pendek (<i>aktiva/harta lancar = current/short term asset</i>) dengan hutang jangka pendek (<i>hutang lancar = short term liabilities</i>). Rasio ini sesungguhnya menggambarkan posisi kas perusahaan dan kemampuan memenuhi kewajiban/hutang jangka pendek. Rasio lancar yang semakin tinggi menunjukkan kinerja manajemen dalam mengelola aset lancar dan hutang lancar yang semakin baik.</p> $\frac{\text{Jumlah/saldo aktiva lancar}}{\text{Jumlah/saldo hutang lancara}} \times 100\%$ <p>Rasio Cepat (<i>Quick Ratio</i>) atau Rasio Kas (<i>Cash Rasio</i>)</p> <p>Rasio cepat adalah perbandingan aktiva/aset cepatnya (<i>kas dan yang setara dengan kas</i>) dengan hutang lancarnya.</p>	Instalasi	

1	2	3	4
	<p>Rasio cepat yang semakin tinggi menunjukkan kinerja manajemen semakin baik.</p> $\frac{\text{Jumlah Kas dan yang setara dengan kas (Bank, Surat Berharga Jangka Pendek)}}{\text{Jumlah/saldo hutang lancar}} \times 100\%$		
Untuk mengetahui efisiensi keuangan			
1.	<p><i>Index Cost</i> Adalah perbandingan jumlah biaya yang dikeluarkan terhadap jumlah unit jenis/unsur pelayanan atau biaya yang dikeluarkan perjenis/unsur pelayanan, terdiri dari :</p> <p>Per Hari Rawat</p> $\frac{\text{Jumlah biaya yang dibebankan pada seluruh realisasi rawat inap (hari perawatan)}}{\text{Jumlah rawat inap (hari perawatan)}}$ <p>Per Tempat Tidur</p> $\frac{\text{Jumlah biaya yang dibebankan pada seluruh kapasitas TT}}{\text{Jumlah/kapasitas TT}}$ <p>Per Dokter</p> $\frac{\text{Jumlah biaya yang dibebankan pada seluruh dokter}}{\text{Jumlah dokter}}$ <p>Per <i>Laundry Service</i></p> $\frac{\text{Jumlah biaya yang dibebankan pada laundry service}}{\text{Jumlah unit pelayanan laundry}}$ <p>Per Porsi Makanan</p> $\frac{\text{Jumlah biaya yang dibebankan pada makanan}}{\text{Jumlah unit/porsi makanan}}$ <p>Per Jasa Laborat</p> $\frac{\text{Jumlah biaya yang dibebankan pada instalasi laborat}}{\text{Jumlah unit pelayanan jasa laborat}}$ <p>Per Peralatan Medis (<i>X-Ray</i>, dll)</p> $\frac{\text{Jumlah biaya yang dibebankan pada peralatan medis}}{\text{Jumlah unit pelayanan jasa peralatan medis}}$ <p>Per Dokter (Total) terhadap Penerimaan/Pendapatan (Total)</p> $\frac{\text{Jumlah biaya yang dibebankan pada seluruh dokter}}{\text{Jumlah pendapatan operasional}}$ <p>Per Pegawai non Medis (Total) terhadap Penerimaan/Pendapatan (Total)</p>	Instalasi	

1	2	3	4
	<p style="text-align: center;"> $\frac{\text{Jumlah biaya yang dibebankan pada seluruh pegawai non medis}}{\text{Jumlah pendapatan operasional}}$ </p> <p>Per Pegawai (Total) terhadap Penerimaan/Pendapatan (Total)</p> <p style="text-align: center;"> $\frac{\text{Jumlah biaya yang dibebankan pada seluruh pegawai medis maupun non medis}}{\text{Jumlah pendapatan operasional}}$ </p> <p>Per <i>Ambulatorie Patient</i></p>		
2.	<p>Rasio Tagihan Pasien Tak Terbayar Adalah perbandingan jumlah tagihan pasien tak terbayar terhadap seluruh jumlah tagihan</p> <p style="text-align: center;"> $\frac{\text{Saldo tagihan pasien tak terbayar pada 1 periode akuntansi}}{\text{Jumlah seluruh tagihan pasien yang terjadi pada 1 periode akuntansi yang sama}}$ </p>	Instalasi	
PERSPEKTIF PELANGGAN (PASIEN)			
1.	<p>Indeks Kepuasan Pelanggan Indeks kepuasan pelanggan (pasien) diukur di tiap unit instalasi. Indeks kepuasan pelanggan (pasien) diukur dengan melakukan survei terhadap 14 unsur penilaian. (berpedoman Kepmenpan No.KEP/25/M.PAN/2/2004 tanggal 24 Februari 2004, tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah)</p> <p style="text-align: center;"> $\frac{\text{Indeks Kepuasan Pelanggan (pasien) Rawat Jalan/Poli}}{\text{Indeks Kepuasan Pelanggan (pasien) Rawat Inap}}$ </p> <p style="text-align: center;"> $\frac{\text{Indeks Kepuasan Pelanggan (pasien) Operasi}}{\text{Indeks Kepuasan Pelanggan lainnya}}$ </p>	Instalasi	

PERSPEKTIF PROSES BISNIS INTERNAL

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa

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

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

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

3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat *Basic Life Support (BLS)/Pertolongan Pertama Gawat Darurat (PPGD)/General Emergency Life Support (GELS)/Advance Life Support (ALS)*

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat <i>BLS/PPGD/GELS/ALS</i>
Dimensi	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan <i>BLS/PPGD/GELS/ALS</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan

Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat <i>BLS/PPGD/GELS/ALS</i>
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat darurat
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

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

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

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

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi	Kenyamanan

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

7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

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

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

Judul	Pasien jiwa yang dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 jam
Dimensi	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	Tiga bulan

Data	
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan
Denominator	Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

9. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

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

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan <i>special privilege</i> yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan	1 bulan

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

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada dirumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

3. Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa
Dimensi	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan dirumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada

Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan Psikotik c. Gangguan Neurotik d. Gangguan Organik
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

4. Buka pelayanan sesuai ketentuan

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

5. Waktu tunggu di Rawat Jalan

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

6. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
-------	-------------------------------------

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

7. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

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

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan rawat inap

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

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

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

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut
Frekuensi Pengumpulan	3 bulan

Data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

4. Jam *visite* dokter spesialis

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

5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (<i>color</i>), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/ komite medik/panitia mutu

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

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian

Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

8. Kematian Pasien > 48 Jam

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

9. Kejadian pulang paksa

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

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan	1 bulan

Data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasien tuberkulosis 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 penanggulangan <i>tuberculosi</i> nasional, dan semua pasien yang <i>tuberculosi</i> yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap <i>tuberculosi</i> yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap <i>tuberculosi</i> yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

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

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat di rumah sakit yang memberikan pelayanan jiwa
Dimensi	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa

Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit jiwa yang diberikan kepada pasien tidak gaduh gelisah tetapi memerlukan penyembuhan aspek psiko patologis.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap rumah sakit jiwa
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal a. NAPZA; b. Gangguan Psikotik; c. Gangguan Neurotik; d. Gangguan Organik.
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

13. Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri

Judul	Tidak adanya Kematian Pasien gangguan jiwa karena bunuh diri
Dimensi	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 bulan
Periode Analisa	1 bulan jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan dikurangi jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa bunuh diri dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

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

Judul	Kejadian (<i>re-admision</i>) pasien gangguan jiwa tidak kembali dalam perawatan dalam waktu ≤ 1 bulan
Dimensi	Efektifitas, Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif
Definisi Operasional	Lamanya waktu pasien gangguan jiwa yang

	sudah dipulangkan tidak kembali keperawatan di rumah sakit jiwa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien gangguan yang dipulangkan dalam 1 bulan dikurangi jumlah kejadian pasien gangguan jiwa yang kembali dirawat dalam waktu \leq 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa

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

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi

	dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral

2. Kejadian kematian di meja operasi

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

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

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

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

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

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

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

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

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi
-------	---

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

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

Judul	Komplikasi anastesi karena <i>over dosis</i> , reaksi anantesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Dimensi	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena <i>over dosis</i> , reaksi anantesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel <i>event</i>
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel <i>event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis

Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

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

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, preeklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg; - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan < 1% pre-eklampsia < 30%,

	sepsis < 0,2%
Penanggung jawab	Komite medik

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

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

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

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

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500gr - 2500gr

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

6. Pertolongan persalinan melalui *seksio cesaria*

Judul	Pertolongan persalinan melalui <i>seksio cesaria</i>
Dimensi	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien.
Definisi Operasional	<i>Seksio cesaria</i> adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan <i>seksio cesaria</i> dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab	Komite mutu

7. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan

	menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber Data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Direktur Pelayanan Medik

8. Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber Data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Direktur Pelayanan Medik

9. Kepuasan Pelanggan

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

Sumber Data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Komite mudik/mutu

2. Pemberi pelayanan unit intensif

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

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

VII. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan *thorax foto*

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax foto</i>
Dimensi	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax foto</i> adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax foto</i> dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang di foto <i>thorax</i> dalam bulan tersebut.
Sumber Data	rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan <i>rontgen</i> dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi <i>rontgen</i> adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto <i>rontgen</i> / hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto <i>rontgen</i> yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto <i>rontgen</i> dalam 1 bulan.
Sumber Data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

3. Kejadian kegagalan pelayanan *rontgen*

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan <i>rontgen</i>
Dimensi	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan <i>rontgen</i>

Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan <i>rontgen</i> adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber Data	Register radiologi
Standar	< 2 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu

	bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	< 140 menit (manual)
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

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

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan

Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab	Kepala instalasi laboratorium

IX. REHABILITASI MEDIK

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

Judul	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan.
Dimensi	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	<i>Drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang <i>drop out</i> dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	< 50%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

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

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitas Medik

X. FARMASI

1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
-------	----------------------------------

Dimensi	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	<30%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	<60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: 1. Salah dalam memberikan jenis obat; 2. Salah dalam memberikan dosis; 3. Salah orang; 4. Salah jumlah;
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang di survei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei

Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	> 80%
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

5. Penulisan resep sesuai formularium

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

XI. GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah

	ditentukan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	>90%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang di survei dalam satu bulan
Sumber Data	Survei
Standar	≤ 20%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

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

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi Operasional	Cukup jelas.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

2. Kejadian reaksi transfusi

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

XIII. PELAYANAN GAKIN

1. Pelayanan terhadap pasien Keluarga Miskin (GAKIN) yang datang ke Rumah Sakit (RS) pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi	Akses

Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien GAKIN adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan.
Sumber Data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

XIV. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

2. Kelengkapan *informed concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi Operasional	<i>Informed concent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang di survei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata < 10 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran

	rawat jalan
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

XV. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku mutu limbah cair

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

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik; 2. Sisa ampul; 3. Kasa bekas; 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku;
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS/Kepala K3 RS (Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit)

XVI. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah

	laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

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

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1974, Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999)

Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi	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 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>60%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

6. Cost Recovery

Judul	<i>Cost Recovery</i>
Dimensi	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi Operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan

Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	>40%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber Data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan

Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

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

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

XVII. *AMBULANCE*/KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan *ambulance*/kereta jenazah

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

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

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan <i>ambulance</i> /kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan <i>ambulance</i> /kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan <i>ambulance</i> /kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan <i>ambulance</i> /kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya <i>ambulance</i> /kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan <i>ambulance</i> /kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan <i>ambulance</i> /kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan <i>ambulance</i> /kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab	Penanggung jawab <i>ambulance</i> /kereta jenazah

3. *Response time* pelayanan *ambulance* oleh masyarakat yang membutuhkan

Judul	<i>Response time</i> pelayanan <i>ambulance</i> oleh masyarakat yang membutuhkan
Dimensi	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian RSUD Lawang terhadap kebutuhan pasien/masyarakat akan pelayanan ambulans
Definisi Operasional	<i>Response time</i> pelayanan <i>ambulance</i> adalah waktu tanggap yang dibutuhkan mulai pasien/masyarakat menghubungi RSUD Lawang sampai dengan petugas dan <i>ambulance</i> siap berangkat keluar RSUD Lawang
Frekuensi Pengumpulan Data	(satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
<i>Numerator</i>	Total kumulatif waktu tanggap pelayanan <i>ambulance</i> untuk pasien/masyarakat yang diamati dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	Total pasien/masyarakat yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan

Standar	≤ 5 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat

XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam

	satu bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	> 80 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

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

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

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber Data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

XX. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi <i>Laundry</i>

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 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 Instalasi <i>Laundry</i>

XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 bulan

Periode Analisa	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

2. Koordinasi APD (Alat Pelindung Diri)

Judul	Tersedianya APD
Dimensi	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Setiap hari	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber Data	Survei
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Judul	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (<i>ceklist</i>) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1parameter Infeksi Luka Operasi (ILO), Infeksi Luka Infus (ILI), <i>Ventilator Associated Pneumonie (VAP)</i> , Infeksi Saluran Kemih (ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia

Sumber Data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

MASUKAN TENTANG PENATALAKSANAAN *TUBERCULOSIS (TB)* DI RS

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1.	Rawat jalan	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	60%
2.	Rawat Inap	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	60%

A. RAWAT JALAN

1. Kegiatan penegakan diagnosis *Tuberculosis (TB)*

Judul	Penegakan diagnosis <i>TB</i> melalui pemeriksaan mikroskopis <i>TB</i>
Dimensi	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis <i>TB</i> melalui pemeriksaan mikroskopis <i>TB</i>
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti <i>TB</i> melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis <i>TB</i> melalui pemeriksaan mikroskopis <i>TB</i> di RS dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis <i>TB</i> di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (*TB*) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (<i>TB</i>) di RS
Dimensi	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan <i>TB</i>

	di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien <i>TB</i> yang berobat rawat jalan ke RS
Setiap hari	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien <i>TB</i> rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus <i>TB</i> rawat jalan di RS
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

B. RAWAT INAP

1. Kegiatan penegakan diagnosis *Tuberculosis (TB)*

Judul	Penegakan diagnosis <i>TB</i> melalui pemeriksaan mikroskopis <i>TB</i>
Dimensi	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis <i>TB</i> melalui pemeriksaan mikroskopis <i>TB</i>
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti <i>TB</i> melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis <i>TB</i> melalui pemeriksaan mikroskopis <i>TB</i> di RS dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis <i>TB</i> di RS dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (*TB*) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (<i>TB</i>) di RS
Dimensi	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan <i>TB</i> di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien <i>TB</i> yang berobat rawat inap ke RS
Setiap hari	3 bulan

Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber Data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

PERSPEKTIF PEMBELAJARAN DAN PERTUMBUHAN

1.	Akreditasi RSUD	Instalasi
	Pencapaian/pemenuhan persyaratan akreditasi	
2.	Pemenuhan tenaga	Instalasi
	Rasio spesialis terhadap pasien	
	Rasio dokter terhadap pasien	
	Rasio spesialis terhadap non spesialis	
	Rasio perawat terhadap tempat tidur	
3.	Pemenuhan Alat	Instalasi
	Rasio pemenuhan alat medis Rasio pemenuhan alat non medis	
4.	Pemenuhan Sarana	Instalasi
	Rasio pemenuhan sarana medis Rasio pemenuhan sarana non medis	
5.	Pemenuhan Pelaporan/Informasi	Instalasi
	Rasio pemenuhan pelaporan/informasi	
6.	Indeks Kepuasan Pegawai	Instalasi

BUPATI MALANG,

ttd.

H. RENDRA KRESNA