BUPATI ACEH BESAR

PROVINSI ACEH

PERATURAN BUPATI ACEH BESAR
NOMOR 17 TAHUN 2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN ACEH BESAR

BISMILLAHIRRAHMANIRRAHIM
ATAS RAHMAT ALLAH YANG MAHA KUASA

BUPATI ACEH BESAR,

Menimbang :

a. bahwa dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten dan bertanggungjawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat Kesehatan;
b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, sehingga Rumah Sakit berperan penting dalam memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;
c. bahwa dengan diterbitkannya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, maka perlu ditindaklanjuti dengan Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Besar; dan
d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Besar.

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 7 (Drt) Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kabupaten-Kabupaten Dalam Lingkungan Daerah Propinsi Sumatera Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1092);

2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Keistimewaan Provinsi Daerah Istimewa Aceh (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 172, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3893);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Pembendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2021 tentang Harmonisasi Peraturan Perpajakan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 246, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6736);
5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
6. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4633);
7. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
8. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5870) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
9. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);

11. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5888) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
16. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 Tahun 2014 tentang Dewan Pengawas Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 360);
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
22. Qanun Kabupaten Aceh Besar Nomor 2 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Aceh Besar (Lembaran Kabupaten Aceh Besar Tahun 2016 Nomor 4, Tambahan Lembaran Kabupaten Aceh Besar Nomor 55); dan
23. Peraturan Bupati Aceh Besar Nomor 33 Tahun 2017 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Besar (Berita Daerah Kabupaten Aceh Besar Tahun 2017 Nomor 33).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN ACEH BESAR.

BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Kabupaten Aceh Besar adalah bagian dari daerah Provinsi Aceh sebagai satu kesatuan masyarakat hukum yang diberi kewenangan khusus untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia berdasarkan Undang-Undang Dasar Tahun 1945 yang dipimpin oleh Bupati.
2. Pemerintahan Kabupaten Aceh Besar yang selanjutnya disebut Pemerintahan Kabupaten adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten Aceh Besar dan Dewan Perwakilan Rakyat Kabupaten Aceh Besar sesuai dengan fungsi dan kewenangan masing-masing.
3. Pemerintah Daerah Kabupaten Aceh Besar yang selanjutnya disebut Pemerintah Kabupaten adalah unsur penyelenggara Pemerintahan yang terdiri atas Bupati dan Perangkat Daerah Kabupaten Aceh Besar.
4. Bupati adalah Kepala Pemerintah Daerah Kabupaten Aceh Besar yang dipilih melalui suatu proses demokratis yang dilakukan berdasarkan asas langsung, umum, bebas, rahasia, jujur dan adil.
5. Sekretaris Daerah yang selanjutnya disebut Sekda adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Aceh Besar.
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. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Besar yang selanjutnya disebut RSUD adalah pelaksana pelayanan di bidang kesehatan sebagai unit organisasi bersifat fungsional dan unit layanan yang bekerja secara profesional.
8. Direktur adalah Pimpinan pada RSUD.
9. Badan Layanan Umum Daerah, selanjutnya disebut BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh Satuan Kerja Perangkat Daerah atau Unit Satuan Kerja Perangkat pada Satuan Kerja Perangkat Kabupaten dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam Pola Pengelolaan Keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya.

11. Pelayanan Rumah Sakit adalah Pelayanan yang diberikan oleh RSUD Aceh Besar kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
12. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknik tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD Aceh Besar kepada masyarakat.
13. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh RSUD Aceh Besar kepada masyarakat.
14. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
15. 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 berdasar standar WHO *(World Health Organization).*
16. Kinerja adalah suatu proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
17. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu kewaktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
18. Satuan Pemeriksa Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal Rumah Sakit.
19. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
20. Batas waktu pencapaian adalah waktu yang ditetapkan oleh Bupati untuk mencapai target SPM RSUD Aceh Besar.
21. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
22. Dewan Pengawas Rumah Sakit adalah unit non struktural yang bersifat independen, dibentuk, dan bertanggung jawab kepada Bupati.
23. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.

27. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
28. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.
29. Pelayanan Gawat Darurat adalah pelayanan yang dibutuhkan dalam waktu segera (*emergency*) untuk menyelamatkan kehidupannya (*live safing*).
30. Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan/atau pelayanan kesehatan lainnya tanpa tinggal di Rawat Inap.
31. Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, perawatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan/atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menempati tempat tidur di Rawat Inap.
32. Pelayanan Bedah Sentral adalah pelayanan pembedahan (operasi) yang ditempatkan secara terpusat di Rumah Sakit, dengan memperhatikan prinsip kenyamanan, pencegahan infeksi dan kontaminasi serta adanya barier antara hal-hal yang bersifat bersih dengan yang kotor.
33. Pelayanan Persalinan, Prinatologi dan Keluarga Berencana adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu dalam proses persalinan, pelayanan bagi bayi serta pelayanan kontrasepsi bagi Pasangan Usia Subur.
34. Pelayanan Intensif adalah pelayanan yang dilakukan bagi pasien yang berpenyakit kritis di ruangan yang memiliki peralatan dan petugas khusus untuk melaksanakan observasi, perawatan, pengobatan dan penanganan lainnya secara intensif.
35. Pelayanan Radiologi adalah pelayanan yang dilakukan untuk melihat bagian dalam tubuh manusia dengan menggunakan pancaran atau radiasi gelombang baik menggunakan gelombang elektromagnetik maupun gelombang mekanik.
36. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik adalah pelayanan diagnostik klinis yang mengaplikasikan teknik pemeriksaan Laboratorium dengan melibatkan tenaga ahli patologi klinik untuk mendukung penegakan diagnosis penyakit dan manajemen pengobatan pasien.
37. Pelayanan Rehabilitasi Medik adalah pelayanan kesehatan terhadap gangguan fisik dan fungsi yang diakibatkan oleh keadaan/kondisi sakit, penyakit atau cedera melalui panduan intervensi medik, keterapian fisik dan/atau rehabilitatif untuk mencapai kemampuan fungsi yang optimal.
38. Pelayanan Farmasi adalah pelayanan kefarmasian berupa penyediaan dan pengelolaan obat, bahan obat, alat kesehatan dan reagen yang dipimpin oleh seorang apoteker.
39. Pelayanan Gizi adalah pelayanan asupan diet yang dilakukan secara berkesinambungan mulai dari

41. Pelayanan Keluarga Miskin adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien/keluarga yang sama sekali tidak mempunyai kemampuan untuk membayar biaya kesehatannya yang dibuktikan dengan surat keterangan resmi yang ditebitkan instansi yang berwenang.
42. Pelayanan Rekam Medik adalah pelayanan berupa pemberian bukti tertulis sebagai aspek legal pertanggungjawaban tentang proses pelayanan kesehatan pasien yang diberikan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lainnya.
43. Pengelolaan Limbah adalah bagian dari kegiatan penyehatan lingkungan di Rumah Sakit yang bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya pencemaran lingkungan yang bersumber dari limbah Rumah Sakit.
44. Pelayanan Administrasi Manajemen adalah proses kegiatan yang dapat diprediksi yang diikuti dengan pengaturan sumber daya yang ada di Rumah Sakit guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan dan pembiayaan kesehatan secara efektif, efesien, dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.
45. Pelayanan Ambulans adalah pelayanan mobilisasi terhadap kegawatdaruratan termasuk evakuasi medis dan/atau pelayanan rujukan pasien dari Rumah Sakit ke Rumah Sakit yang lebih mampu.
46. Pelayanan Pemulasaran Jenazah adalah pelayanan yang meliputi perawatan jenazah, penyimpanan jenazah, konservasi jenazah, bedah jenazah dan pelayanan lainnya terhadap jenazah.
47. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit adalah pelayanan yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan pemeliharaan dan perbaikan peralatan di Rumah sakit.
48. Pelayanan Laundry adalah pelayanan yang menyelenggarakan pengelolaan dan pengendalian pemakaian linen di Rumah Sakit.
49. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah kegiatan yang dilakukan untuk meminimalkan resiko terjadinya infeksi di Rumah Sakit yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi.
50. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance)* agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.
51. Instalasi adalah unit pelayanan non struktural yang menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian rumah sakit.

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN
Pasal 2

(1) Maksud ditetapkan SPM adalah untuk memberikan panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
(2) Tujuan ditetapkan SPM adalah untuk meningkatkan dan menjamin mutu kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
(3) Fungsi SPM adalah sebagai pedoman bagi RSUD dalam menjamin pelaksanaan pelayanan Kesehatan.

BAB III
JENIS PELAYANAN DAN DOKUMEN SPM
Pasal 3

(1) RSUD mempunyai tugas pokok melaksanakan pelayanan kesehatan secara berkelangsungan dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya pemulihan kesehatan dan pencegahan penyakit.
(2) Jenis jenis pelayanan untuk RSUD meliputi:
    a. pelayanan gawat darurat;
    b. pelayanan rawat jalan;
    c. pelayanan rawat inap;
    d. pelayanan bedah sentral;
    e. pelayanan persalinan, perinatologi dan keluarga berencana;
    f. pelayanan intensif;
    g. pelayanan radiologi;
    h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
    i. pelayanan rehabilitasi medik;
    j. pelayanan farmasi;
    k. pelayanan gizi;
    l. pelayanan tranfusi darah;
    m. pelayanan keluarga miskin;
    n. pelayanan rekam medik;
    o. pengelolaan limbah;
    p. pelayanan administrasi manajemen;
    q. pelayanan ambulans;
    r. pelayanan pemulasaraan jenazah;
    s. pelayanan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit;
    t. pelayanan *laundry*; dan

Pasal 4

(1) Sistematika dokumen Peraturan Bupati tentang SPM BLUD pada RSUD disusun sebagai berikut:
Bab I PENDAHULUAN
a. Pendahuluan;
b. Maksud dan Tujuan; dan
c. Pengertian.
Bab II SISTEMATIKA DOKUMEN
Bab III SPM Rumah Sakit
a. Jenis-jenis Pelayanan Rumah Sakit;
b. SPM Setiap Jenis Pelayanan, Indikator dan Standar; dan
c. Uraian Standar Pelayanan Minimal.
Bab IV PENUTUP
(2) Sistematika dokumen SPM BLUD pada RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PELAKSANAAN
Pasal 5

(1) RSUD wajib menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK BLUD) berdasarkan SPM sesuai dengan Peraturan Bupati ini.
(2) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
(3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V
PENERAPAN
Pasal 6

(1) Direktur menyusun target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit berdasarkan SPM.
(2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD menyusun rencana kerja, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN
Pasal 7

(1) Pembinaan dan Pengawasan RSUD dilakukan oleh Bupati/Sekda selama belum ditunjuk Dewan Pengawas.
(2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai dengan SPM dalam bentuk pemberian petunjuk teknis, pedoman, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan, dan/atau bantuan teknis lainnya yang meliputi:
    a. penghitungan kebutuhan pelayanan rumah sakit sesuai SPM;
    b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM;
    c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
    d. penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal.
(3) Pemerintah Kabupaten dan Provinsi melaksanakan supervisi, monitoring dan evaluasi atas penerapan SPM di RSUD dalam rangka menjamin akses dan mutu pelayanan.

Pasal 8

(1) Pengawasan dalam penyelenggaraan Pelayanan dapat dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi, Dewan Pengawas dan SPI.
(2) Dewan pengawas dibentuk oleh Bupati yang terdiri dari:
    a. ketua;
    b. sekretaris; dan
    c. anggota.
(3) SPI berkedudukan langsung di bawah Direktur.
(4) SPI bersama-sama jajaran manajemen rumah sakit melakukan pengendalian internal dalam rangka tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.
(5) Dinas Kesehatan Provinsi melakukan pembinaan dalam rangka menjamin akses dan mutu pelayanan rumah sakit kepada masyarakat.

BAB VII
PELAPORAN
Pasal 9

RSUD berkewajiban menyusun dan menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan sesuai SPM yang telah ditetapkan kepada Bupati setiap 1 (satu) tahun sekali.

BAB VIII
PENUTUP
Pasal 10

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

Ditetapkan di Kota Jantho
pada tanggal 1 Juli 2024 M
24 Dzulhijjah 1445 H

Pj. BUPATI ACEH BESAR,

MUHAMMAD ISWANTO

Diundangkan di Kota Jantho
pada tanggal 1 Juli 2024 M
24 Dzulhijjah 1445 H

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN ACEH BESAR,

SULAIMI

BERITA KABUPATEN ACEH BESAR TAHUN 2024 NOMOR 17

LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI ACEH BESAR
NOMOR 17 TAHUN 2024
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN ACEH BESAR

BENTUK DAN ISI STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN ACEH BESAR

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sesuai dengan amanat Pasal 28 H, ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, serta Pasal 34 ayat (3) yang menyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Pemberlakuan otonomi daerah, yang menekankan bahwa kesehatan merupakan salah satu bidang yang wajib dilaksanakan oleh daerah kabupaten/kota dimana pemerintah kabupaten/kota bertanggungjawab sepenuhnya terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di wilayahnya.

Sebagai salah satu unit pelayanan kesehatan yang bersentuhan langsung dengan masyarakat, rumah sakit memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Salah satu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat maka dibutuhkan suatu standar atau pedoman yang harus diikuti oleh segenap pelaku usaha kesehatan khususnya bagi yang berkecimpung dalam pelayanan Rumah Sakit.

Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Sebagai Rumah Sakit Umum Daerah, diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan, meningkatkan efisiensi dan dapat memberikan aksesibilitas yang cukup baik kepada masyarakat. Pada akhirnya status rumah sakit yang akan menjadi Badan Layanan Umum (BLU), dapat dimanfaatkan oleh masyarakat dalam memperoleh jasa layanan kesehatan yang lebih terjangkau, lebih baik dan lebih

Percepatan implementasi Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) bagi rumah sakit daerah saat ini sangat tergantung pada multistakeholder rumah sakit itu sendiri. Lahirnya Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, telah cukup memberikan gambaran teknis pekerjaan yang perlu dilakukan dalam memenuhi kriteria yang dipersyaratkan dalam peraturan perundang-undangan tersebut untuk menjadi BLU. Sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah disebutkan bahwa persyaratan administratif yang harus dipenuhi oleh OPD yang akan menerapkan BLUD adalah sebagai berikut:

1. Surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja;
2. Pola tata kelola;
3. Rencana Strategis;
4. Standar Pelayanan Minimal;
5. Laporan keuangan atau prognosis/proyeksi keuangan; dan
6. Laporan audit terakhir atau pernyataan bersedia untuk diaudit oleh pemeriksa eksternal pemerintah.

Terbitnya Peraturan Bupati Aceh Besar Nomor 33 Tahun 2017 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Besar mempertegas bahwa Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Aceh Besar tunduk di bawah Satuan Kerja Perangkat Kabupaten (SKPK) Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh Besar yang berfungsi sebagai unsur penunjang pemerintah Kabupaten di Bidang Pelayanan Kesehatan secara lebih terpadu.

Usulan RSUD Aceh Besar menjadi BLUD merupakan upaya Pemerintah Kabupaten untuk meningkatkan derajat pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kabupaten Aceh Besar khususnya, dan Aceh umumnya. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks, dengan berbagai jenis tenaga kesehatan yang berinteraksi satu sama lain.

Berdasarkan ketentuan dalam Pasal 2 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, disebutkan bahwa SPM disusun dan diterapkan dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota yang berkaitan dengan pelayanan dasar sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan. SPM yang telah disusun harus dapat diterapkan secara tepat karena akan berdampak terhadap penyelenggaraan Pemerintahan Daerah, baik dari segi perencanaan, pembiayaan dan pertanggungjawaban. Dengan demikian

diperlukan suatu rumusan SPM pada RSUD Aceh Besar sebagai instansi pelayanan publik yang menerapkan pola BLUD di bidang kesehatan, yang tidak lain merupakan parameter jenis-jenis layanan, indikator dan standar pencapaian kinerja penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh RSUD Aceh Besar.

1.2 Maksud dan Tujuan

1.2.1 Maksud ditetapkan SPM adalah untuk memberikan panduan bagi RSUD Aceh Besar dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

1.2.2 Tujuan ditetapkan SPM adalah untuk meningkatkan dan menjamin mutu kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

1.3 Pengertian

1.3.1 Rumah sakit adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat;

1.3.2 Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;

1.3.3 Standar Pelayanan Minimal selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD Aceh Besar kepada masyarakat; dan

1.3.4 Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

BAB II
SISTEMATIKA DOKUMEN SPM RSUD Aceh Besar

Sistematika penulisan dokumen SPM RSUD Aceh Besar disusun dalam bentuk:

1. BAB I PENDAHULUAN
   A. Latar Belakang;
   B. Tujuan;
   C. Pengertian;
   D. Landasan Hukum;
   E. Perubahan SPM;
   F. Sistematika Penyajian; dan
   G. Cara Menyusun Dokumen SPM.
2. BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL
   A. Jenis Pelayanan;
   B. Prosedur Pelayanan;
   C. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit; dan
   D. Uraian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
3. BAB III RENCANA PENCAPAIAN SPM
   A. Rencana Kegiatan Pencapaian Kinerja SPM;
   B. Strategi Pencapaian SPM; dan
   C. Rencana Anggaran Biaya.
4. BAB IV PENUTUP
   Lampiran.

BAB III
SPM RUMAH SAKIT

SPM pada RSUD Aceh Besar meliputi uraian Standar Pelayanan Minimal (SPM), jenis-jenis pelayanan, indikator dan target pencapaian kinerja penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh RSUD Aceh Besar.

3.1 JENIS-JENIS PELAYANAN RUMAH SAKIT

Jenis-jenis pelayanan minimal yang wajib disediakan oleh RSUD Aceh Besar, meliputi:

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

3.2 SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

(Sebagaimana terlampir dalam lampiran II)

3.3 URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

(Sebagaimana terlampir dalam lampiran III)

BAB IV
PENUTUP

SPM RSUD Aceh Besar pada hakikatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun, demikian mengingat kondisi sumber daya terutama sumber daya manusia masih kurang, maka diperlukan pentahapan dalam pelaksanaan SPM yang akhirnya menuju pada standar pelayanan optimal di RSUD Aceh Besar.

Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah. Dengan disusunnya SPM RSUD Aceh Besar diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapannya agar hasil pelayanan dapat diukur, dicapai, relevan, dan dapat diandalkan serta tepat waktu sehingga peningkatan derajat kesehatan masyarakat, peningkatan mutu berkelanjutan, pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar dapat terlaksana.

Pj. BUPATI ACEH BESAR,

MUHAMMAD ISWANTO

LAMPIRAN II
PERATURAN BUPATI ACEH BESAR
NOMOR 17 TAHUN 2024
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH F
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN ACEH BESAR

STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN,
INDIKATOR DAN STANDAR

No	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal	
		Indikator	Nilai
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani *lifesaving* anak dan dewasa	1. 100%
		2. Jam buka pelayanan gawat darurat	2. 24 jam
		3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/ BTCLS/ ACLS/ PPGD	3. 100%
		4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	4. 1 Tim
		5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	5. ≤ 5 (lima) menit terlayan setelah pasien datang
		6. Kepuasan pelanggan	6. ≥ 70%
		7. Kematian pasien <24 jam	7. ≤ dua perseribu (pindah ke pelayanan rawat inap
		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	setelah 8 jam) 8. 100%

2	Rawat Jalan	1. Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	1. 100 % Dokter Spesialis	< 1 Tahun
		2. Ketersediaan pelayanan	2. a. Klinik Anak	< 1 Tahun
			b. Klinik Penyakit Dalam	
			c. Klinik Kebidanan	
			d. Klinik Bedah	
			e. Klinik Neurologi	
			f. Klinik Paru	
			g. Klinik THT	
			h. Klinik Mata	
			i. Klinik Gigi	
		3. Jam buka pelayanan	3. a. Pagi Pukul 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali Jumat 08.00 s/d 11.00	< 1 Tahun
			b. Siang Pukul 14.00 s/d 16.00 WIB	
		4. Waktu tunggu rawat jalan	4. ≤ 60 menit	2 Tahun
		5. Kepuasan pelanggan	5. ≥ 90 %	2 Tahun
		6. a. Penegakan diagnosis TB melalui mikroskop TB	6. a. ≥ 60 %	2 Tahun
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. ≥ 60%	2 Tahun

3	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	1. a. Dokter spesialis b. Perawat minimal D3	1 Tahun
		2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	2. 100 %	< 1 Tahun
		3. Ketersediaan pelayanan rawat inap	3. a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah	< 1 Tahun
		4. Jam visite dokter spesialis	4. 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	< 1 Tahun
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	5. ≤ 1,5 %	2 Tahun
		6. Kejadian infeksi nosokomial	6. ≤ 1,5 %	3 Tahun
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	7. 100 %	< 1 Tahun
		8. Kematian pasien > 48 jam	8. ≤ 0,24 %	< 1 Tahun
		9. Kejadian pulang paksa	9. ≤ 5 %	< 1 Tahun
		10. Kepuasan pelanggan	10. ≥ 90%	2 Tahun
		11. Rawat Inap TB		
		a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	11. a. ≥ 60%	1 Tahun
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	b. ≥ 60%	1 Tahun

4	Bedah Sentral (Bedah saja)	1. Waktu tunggu operasi elektif	1. ≤ 2 hari	2 Tahun
		2. Kejadian kematian di meja operasi	2. ≤ 1 %	1 Tahun
		3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	3. 100 %	< 1 Tahun
		4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang	4. 100 %	< 1 Tahun
		5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	5. 100 %	< 1 Tahun
		6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	6. 100 %	< 1 Tahun
		7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan *endotracheal tube*	7. ≤ 6 %	< 1 Tahun
5	Persalinan, Perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	1. a. Pendarahan b. Pre-Eklamsia ≤ 30 % c. Sepsis ≤ 0,2 %	2 Tahun
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	2. a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	3 Tahun
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3. Tim PONEK yang terlatih	1 Tahun
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4. a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	1 Tahun
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	5. 100 %	2 Tahun

		6. Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria	6. ≤ 20 %	1 Tahun
		7. Keluarga Berencana	7.	
		a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dokter Sp.OG, dokter Sp.B, dokter Sp.U, dokter umum terlatih	a. 100 %	1 Tahun
		b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	b. 100%	1 Tahun
		8. Kepuasan pelanggan	8. ≥ 80 %	2 Tahun
6	Intensif	1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	1. ≤ 3 %	1 Tahun
		2. Pemberi pelayanan Unit Intensif	2. a. Dokter Sp.Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	1 tahun
			b. 100 % perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara (D4)	3 Tahun
7	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	1. ≤ 3 jam	1 Tahun
		2. Pelaksana ekspertisi	2. Dokter Sp. Rad	4 Tahun
		3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	3. Kerusakan foto ≤ 2 %	1 Tahun
		4. Kepuasan pelanggan	4. ≥ 80 %	2 Tahun

8	Lab. Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium	1. ≤ 140 menit Kimia darah dan darah rutin	1 Tahun
		2. Pelaksana ekspertisi	2. Dokter Sp. PK	Sudah Sesuai
		3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium	3. 100 %	< 1 Tahun
		4. Kepuasan pelanggan	4. ≥ 80 %	2 Tahun
9	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi Medik yang di rencanakan	1. ≤ 50 %	1 Tahun
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	2. 100 %	1 Tahun
		3. Kepuasan Pelanggan	3. ≥ 80 %	2 Tahun
10	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan	1.	< 1 Tahun
		a. Obat Jadi	a. ≤ 30 menit	
		b. Racikan	b. ≤ 60 menit	
		2. Tidak adanya Kejdian kesalahan pemberian obat	2. 100 %	< 1 Tahun
		3. Kepuasaan pelanggan	3. ≥ 80 %	2 Tahun
		4. Penulisan resep sesuai formularium	4. 100 %	1 Tahun
11	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1. ≥ 90 %	1 Tahun
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	2. ≤ 20 %	1 tahun
		3. Tidak adanya kejadian kesalahan diet	3. 100 %	< 1 Tahun

12	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2. Kejadian reaksi transfusi	1. 100 % terpenuhi 2. ≤ 0,01 %	2 Tahun < 1 Tahun
13	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani	< 1 Tahun
14	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan *Informed Consent* setelah mendapatkan informai yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen pelayanan rawat inap	1. 100 % 2. 100 % 3. ≤ 10 menit 4. ≤ 15 menit	2 Tahun < 1 Tahun 1 Tahun 1 Tahun
15	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	1. a. BOD < 30 mg/I b. COD < 80 mg/I c. TSS < 30 mg/I d. PH 6-9 2. 100 %	1 Tahun 2 Tahun
16	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan Direksi 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kerja 3. Ketepatan waktu pengusulan naik pangkat 4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	1. 100 % 2. 100 % 3. 100 % 4. 100 %	< 1 Tahun < 1 Tahun < 1 Tahun < 1 Tahun

		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	5. ≥ 60 %	3 Tahun
		6. *Cost recovery*	6. ≥ 40 %	3 Tahun
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	7. 100 %	1 Tahun
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	8. ≤ 2 jam	1 Tahun
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	9. 100 %	2 Tahun
17	Ambulance/Kereta Jenazah	1. Pelayanan waktu ambulance jenazah/kereta jenazah	1. 24 Jam	2 Tahun
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit	2. ≤ 230 menit	1 Tahun
		3. *Response time* pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	3. ≤ 45 menit	2 Tahun
18	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap (*response time*) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 Jam	< 1 Tahun
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	1. ≤ 80 %	1 Tahun
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	2. 100 %	1 Tahun
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	3. 100 %	2 Tahun
20	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	1. 100 %	< 1 Tahun

		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	2. 100 %	1 Tahun
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih 2. Tersedia APD disetiap instalasi/departemen 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (*Health Care Associated Infection*) di RS (min 1 parameter)	1. ≥ 75 % 2. ≥ 60 % 3. ≥ 75 %	2 Tahun 2 Tahun 1 Tahun

Pj. BUPATI ACEH BESAR,

MUHAMMAD ISWANTO

LAMPIRAN III
PERATURAN BUPATI ACEH BESAR
NOMOR 17 TAHUN 2024
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH PADA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN ACEH BESAR

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN ACEH BESAR

I. GAWAT DARURAT

1. Kemampuan Menangani *Life Saving* Anak dan Dewasa

Judul	Kemampuan menangani *life saving* di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	*Life saving* adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan *Airway, Breath, Circulation*
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan *life saving* di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan *life saving* di Instalasi 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 Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan Gawat Darurat 24 jam di 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	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

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

Judul	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat BLS/ PPGD/GELS/ALS
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga

	kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumah tenaga yang bersertifikat BLS/ PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Sub Bagian Umum dan Kepegawaian

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

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

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

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

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

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

7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

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

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah di akses 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 kinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di kinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Ketersediaan pelayanan jiwa di Instalasi Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan jiwa di Instalasi Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan jiwa di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik jiwa (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 Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka pagi 08.00 s/d 12.30 setiap hari kerja kecuali jumat 08.00 s/d 12.00 dan siang 14.00 s/d 16.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register Rawat Jalan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

5. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survei
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

6. Kepuasan pelanggan pada rawat jalan

Judul	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survei

Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n = 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu

7. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	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 follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan 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

8. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 (tiga) bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

b. Kegiatan pencatatan dan pelaporan TB

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan di rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	6 (enam) 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 Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggungjawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan yang diberikan tirah baring di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah

Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Jam *Visite* Dokter Spesialis

Judul	Jam *Visite* Dokter Spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	*Visite* dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara pukul 06.00 WIB sampai dengan jam 14.00 WIB
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah *visite* dokter spesialis antara pukul 06.00 WIB sampai dengan pukul 14.00 WIB yang di survei
Denominator	Jumlah pelaksanaan *visite* dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Mutu

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

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

6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi	Tiap bulan

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≥ 1,5%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Mutu

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

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medik, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

8. Kematian pasien > 48 jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 0,24% ≤ 2,4/1000 (Internasional) (NDR ≤ 25/1000, Indonesia)
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu

9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap evektivitas 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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 5%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang di survei (dalam proses)
Denominator	Jumlah total pasien yang di survei (n= minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

11. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang ditangani dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang ditangani dengan Strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan 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 inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis 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. a Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 (tiga) bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

b. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB

Judul	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di rumah sakit
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efesiensi
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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Instalasi Bedah Sentral

2. Kejadian kematian di meja operasi

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

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian Instalasi Bedah Sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
Periode Analisa	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu)

	bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian Instalasi Bedah Sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
Periode Analisa	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam Medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan rencana tindakan operasi yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah tindakan operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
Periode Analisa	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam Medik, Laporan Keselamatan Pasien
Standar	≤ 100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

6. Tidak adanya kejadian tertinggal benda asing pada pasien setelah operasi

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggal benda asing pada pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	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 yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
Periode Analisa	1 (satu) bulan dan *sentinel event*
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurang jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

7. Komplikasi anestasi karena over dosis dan salah penempatan *endotrachial tube*

Judul	Komplikasi anestasi karena over dosis dan salah penempatan *endotrachial tube*
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan *endotracheal tube*
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) dan *sentinel event*
Periode Analisa	1 (satu) dan *sentinel event*
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu)
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 6%
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik

V. BERSALIN DAN PERINATOLOGI

1. Kejadian kematian ibu karena bersalin

Judul	Kejadian kematian ibu karena bersalin
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan Rumah Sakit terhadap pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklampsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dua dari tiga tanda, yaitu : – Tekanan Darah Sistolik > 160mmHg – Protein Uria > 5 gr/24 jam 3+/4- pada pemriksaan kualitatif – Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong. Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 18-24 jam sejak dimulai dari tanda-tanda persalinan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien–pasien persalinan karena perdarahan, pre eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	Pendarahan ≤ 1%, Pre eklampsia ≤ 30%, sepsis ≤0,2%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Ruang Bersalin/Komite Medik

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Spesialis Obstetri dan Gynekologi, dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) dan Bidan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Spesialis Obstetri dan Gynekologi, 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 pengumpulan data	Komite Mutu

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Spesialis Obstetri Gynekologi dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Spesialis Obstetri dan Gynecology, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Kepegawaian dan Rekam Medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Mutu

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Spesialis Obstetri dan Gynekologi, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Spesialis Obstetri dan Gynekologi, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Mutu

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr–2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr–2500 gr
Dimensi Mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan Berat Badan 1500 gr–2500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan

Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr–2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr–2500 gr yang ditangani
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/Komite Mutu

6. Pertolongan Persalinan melalui Seksio Cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi Mutu	Efektivitas, keselamatan dan efesiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di Rumah Sakit yang sesuai dengan indikasi dan efesiensi
Definisi Operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Mutu

7. a. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber Data	Rekam Medis dan laporan KB Rumah Sakit
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ka. Bidang Pelayanan Medis

b. Konseling KB Mantap

Judul	Konseling KB Mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi Pengumpulan	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan

Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta Kb mantap
Sumber Data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ka. Bidang Pelayanan Medis

8. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) 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 pengumpulan data	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 Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawat intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama ≤ 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama ≤ 72 jam dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 3 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite Medik/Komite Mutu

2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif

Judul	Pemberi Pelayanan Unit Intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Spesialis Anestesi, dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Spesialis Anestesi 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 pengumpulan data	Komite Medik/Komite Mutu

VII. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thoraks

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thoraks
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan Radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan foto thoraks adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto thoraks dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto thoraks dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan *rontgen* dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekpertisi *rontgen* adalah dokter Spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto *rontgen*/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter Spesialis Radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah foto *rotngen* yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter Spesialis Radiologi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto *rontgen* dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi

3. Kejadian kegagalan pelayanan *rontgen*

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan *rontgen*
Dimensi Mutu	Efektivitas dan efesiensi
Tujuan	Tergambarnya efektivitas dan efesiensi pelayanan *rontgen*
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan *rontgen* adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan

Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Register Radiologi
Standar	≤ 2 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang di survei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Komite Mutu/ Komite Mutu

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

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

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah Dokter Spesialis Patologi Klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter Spesialis Patologi Klinik dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Register di Instalasi Laboratorium
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

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

Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratarium salah orang dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survei (dalam proses)
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

IX. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian Droup out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian *Droup out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	*Drop out* pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang *drop out* dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 50 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

2. Tidak adanya kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	Tidak adanya kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam Rehabilitasi Medik
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan

Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

X. FARMASI

1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	≤ 30 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

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

3. Tidak adanya kesalahan pemberian obat

Judul	Tidak adanya kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100%

Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

4. Kepuasan pelanggan

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

5. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi Mutu	Efesiensi
Tujuan	Tergambarnya efesiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam 1 (satu) bulan (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

XI. GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektivitas pelayanan Instalasi Gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektivitas dan efesiensi
Tujuan	Tergambarnya aktifitas 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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 20%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

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

XII. BANK DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

2. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada BDRS
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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi tranfusi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 0,01%
Penanggung jawab pengumpulan data	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

XIII. PELAYANAN KELUARGA MISKIN

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

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu Askeskin
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani di Rumah Sakit dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke Rumah Sakit dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Register Pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur

XIV. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi 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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam Medik

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

Judul	Kelengkapan *informed consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab
Definisi Operasional	*informed consent* persetujuan yang diberikan pasien/ keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam Medik

3. Waktu penyediaan dokumen Rekam Medik pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen Rekam Medik pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan, efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu

	penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik yang diamati (n tidak kurang dari 100)
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medik untuk pasien lama.
Standar	Rerata ≤ 10 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam Medik

4. Waktu penyediaan dokumen Rekam Medik pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan, efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen Rekam Medik Rawat Inap adalah dokumen rekam medik 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
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sampai rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata ≤ 15 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rekam Medik

XV. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair Rumah Sakit
Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator: BOD *(Biological Oxygen Demand)* COD *(Chemical Suspended Solid)* TSS *(Total Suspended Solid)* 30 mg/liter PH: 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) 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 pengumpulan data	Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan, Laundry dan Pemulasaran Jenazah

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan–bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain: 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) 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 pengumpulan data	Kepala Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan, Laundry dan Pemulasaran Jenazah/Ketua K3 RS/Komite K3 RS

XVI. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak lanjut hasil pertemuan tingkat Pimpinan

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

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi Rumah Sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban Rumah Sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan Akuntabilitas Kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator–indikator kinerja pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit dan indikator–indikator kinerja lain yang dipersyaratkan oleh Pemerintah Kabupaten. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) tahun
Periode Analisa	3 (tiga) tahun
Numerator	Laporan Akuntabilitas Kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 (tiga) bulan dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 (satu) tahun
Sumber Data	Bagian Administrasi Umum dan Keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan 2 (dua) periode dalam 1 (satu) tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) tahun
Periode Analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Administrasi Umum dan Keuangan

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU Nomor 5 Tahun 2014/PP Nomor 15 Tahun 2019)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) Tahun
Periode Analisa	1 (satu) Tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun
Sumber Data	Bagian Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Administrasi Umum dan Keuangan

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kualitas Sumber Daya Manusia
Definisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di Rumah Sakit ataupun diluar Rumah Sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) Tahun
Periode Analisa	1 (satu) Tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di Rumah Sakit

Sumber Data	Bagian Kepegawaian
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Adminstrasi Umum dan Keuangan

6. Cost Recovery

Judul	*Cost Recovery*
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat stabilitas keuangan di Rumah Sakit
Definisi Operasional	*Cost Recovery* adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Bagian Kepegawaian
Standar	≥ 40%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Administrasi Umum dan Keuangan

7. Ketetapan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketetapan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan Rumah Sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan alur kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 (tiga) bulan
Sumber Data	Bagian Keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Administrasi Umum dan Keuangan

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien Rawat Inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh Dokter Penanggung Jawab

	Pelayanan sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Sub Bagian Keuangan dan Aset

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

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam 1 (satu) bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 (enam) bulan
Periode Analisa	Tiap 6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber Data	Catatan di Bagian Keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Sub Bagian Keuangan dan Aset

XVII. AMBULANCE /KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Judul	Waktu Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat di akses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	24 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggung Jawab Ambulance/Kereta Jenazah

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan Rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/ kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/ keluarga pasien
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di Rumah Sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 (tiga puluh) menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam 1(satu) bulan
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggung Jawab Ambulance/Kereta Jenazah

XVIII. PEMULASARAN JENAZAH

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggung Jawab Kamar Jenazah

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 (lima belas) menit dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

2. Kecepatan waktu pemeliharaan alat

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

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

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) tahun
Periode Analisa	3 (tiga) tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi

	tepat waktu dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 (satu) tahun
Sumber Data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Laboratorium

XX. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 (empat) hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggung Jawab Laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggung Jawab Laundry

XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tersedianya Tim PPI yang terlatih

Judul	Tersedianya Tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI
Definisi Operasional	Tersedianya tim PPI yang terlatih adalah anggota tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 (tiga) bulan
Periode Analisa	Tiap 1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua Tim PPI

2. Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)

Judul	Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi Rumah Sakit
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di Rumah Sakit seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boot dan gaun
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di Rumah Sakit
Sumber Data	Survei
Standar	60%
Penanggung jawab pengumpulan data	Tim PPI

3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	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 (ceklist) pada instalasi yang tersedia di Rumah sakit, minimal 1 (satu) parameter (IDO, HAP, VAP, ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan

	pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber Data	Survei
Standar	75%
Penanggung jawab pengumpulan data	Tim PPI RS

Pj. BUPATI ACEH BESAR,

MUHAMMAD ISWANTO