BUPATI ACEH BESAR

PERATURAN BUPATI ACEH BESAR
NOMOR 32 TAHUN 2014

TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN ACEH BESAR

BISMILLAHIRRAHMANIRRAHIM

DENGAN RAHMAT ALLAH YANG MAHA KUASA

BUPATI ACEH BESAR,

Menimbang :

a. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan pada masyarakat memiliki peran yang strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, sehingga dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat;

b. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 18 ayat (1) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, memprioritas-kan pelaksanaan Urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (3).

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati Aceh Besar tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Besar.

Mengingat:

1. Undang-Undang Nomor 7 (Drt) Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kabupaten-Kabupaten Dalam Lingkungan Wilayah Propinsi Sumatera Utara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1092);
2. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggara Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851);
3. 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);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
5. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
6. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
7. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 62, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4633);
8. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan

Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);

9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
10. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
11. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
12. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indoneia Nomor 4578);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5542);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 184, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5570);

17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
19. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
22. Qanun Kabupaten Aceh Besar Nomor 2 Tahun 2006 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah Kabupaten Aceh Besar (Lembaran Daerah Kabupaten Aceh Besar Tahun 2006 Nomor 03);
23. Qanun Kabupaten Aceh Besar Nomor 16 Tahun 2008 tentang Kesehatan (Lembaran Daerah Kabupaten Aceh Besar Tahun 2008 Nomor 16,
    Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Aceh Besar Nomor 16);
24. Qanun Kabupaten Aceh Besar Nomor 15 Tahun 2010 tentang Perubahan Atas Qanun Kabupaten Aceh Besar Nomor 3 Tahun 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas dan Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Aceh Besar (Lembaran Daerah Kabupaten Aceh Besar Tahun 2010 Nomor 15, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Aceh Besar Nomor 12).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan **PERATURAN BUPATI ACEH BESAR TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL 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 suatu 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 Republik Indonesia Tahun 1945 yang dipimpin oleh seorang Bupati.
2. Pemerintahan Kabupaten adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten dan Dewan Perwakilan Rakyat Kabupaten sesuai dengan fungsi dan kewenangan masing-masing.
3. Pemerintah Daerah Kabupaten yang selanjutnya disebut Pemerintah Kabupaten Aceh Besar adalah unsur penyelenggara pemerintahan daerah kabupaten 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 azas langsung, umum, bebas, rahasia, jujur dan adil.
5. Daerah adalah Kabupaten Aceh Besar.
6. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Daerah Kabupaten Aceh Besar kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan, dan pelayanan administrasi manajemen.
7. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak

diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Badan Layanan Umum Daerah kepada masyarakat.

8. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
9. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraanya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
10. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
11. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
12. Indikator Kinerja adalah variable yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/ kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
13. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
14. Defenisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
15. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
16. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
17. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.

18. Penyebut (denuminator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
19. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
20. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II
MAKSUD DAN TUJUAN
Pasal 2

(1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelengaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
(2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

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

(1) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Besar mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), Pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan (promotif) serta upaya rujukan.
(2) Jenis pelayanan untuk Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Besar meliputi :

a. pelayanan gawat darurat;
b. pelayanan rawat jalan;
c. pelayanan rawat inap;
d. pelayanan bedah;
e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
f. pelayanan intensif;
g. pelayanan radiologi;
h. pelayanan rehabilitasi medik;
i. pelayanan farmasi;
j. pelayanan pengendalian infeksi;
k. pelayanan gizi;
l. pelayanan tranfusi darah;
m. pelayanan keluarga miskin;
n. pelayanan rekam medis;
o. pelayanan limbah;
p. pelayanan administrasi manajemen;
q. pelayanan ambulans;
r. pelayanan pemulasaraan jenazah;
s. pelayanan laundry; dan
t. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit.

Bagian Kedua

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian

dan Uraian Standar Pelayanan Minimal

Pasal 4

Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian stándar Pelayanan Minimal sebagaimana tercantum dalam lampiran I dan lampiran II Peraturan Bupati ini.

BAB IV

PELAKSANAAN

Pasal 5

(1) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Besar yang akan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.

(2) Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Besar yang akan menerapkan PPK-BLUD bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.

(3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V

PENERAPAN

Pasal 6

(1) Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Besar yang akan menerapkan PPK-BLUD menyusun rencana kerja dan anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.

(2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Besar yang akan menerapkan PPK-BLUD menyusun rencana kerja dan anggaran, Target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.

(3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu

Pembinaan

Pasal 7

(1) Pembinaan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Besar yang akan menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.

(2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:

a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal;
b. penyusunan rencana pencapaian Standar Pelayanan Minimal dan penetapan target tahunan pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
c. penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal; dan
d. pelaporan prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal.

Bagian Kedua

Pengawasan

Pasal 8

(1) Pengawasan dilakukan oleh pengawas internal.

(2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh internal auditor (komite medik) yang berkedudukan langsung dibawah direktur atau Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Besar.

Pasal 9

(1) Internal auditor (komite medik) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Aceh Besar yang akan menerapkan PPK-BLUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Kota Jantho

pada tanggal 20 November 2014 M
27 Muharram 1436 H

BUPATI ACEH BESAR,

MUKHLIS BASYAH

Diundangkan di Kota Jantho

pada tanggal 20 November 2014 M
27 Muharram 1436 H

SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN ACEH BESAR,

JAILANI AHMAD

BERITA DAERAH KABUPATEN ACEH BESAR

TAHUN 2014 NOMOR 34

LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI ACEH BESAR
NOMOR 32 TAHUN 2014
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN ACEH BESAR

I.PELAYANAN.....

Demensi Mutu [1]	
Tujuan [2]	
Definisi Operasional [3]	
Frekuensi Pengumpulan Data [4]	
Periode Analisisa [5]	
Numerator7 [6]	
Denominator [7]	
Sumber Data [8]	
Standar [9]	
Penanggung Jawab [10]	

Keterangan ;

[1] Diisi dengan dimensi mutu yang terkait dengan indikator tsb.

[2] Diisi dengan apa yang ingin ditunjukan dengan indikator tsb (apa maksud dari pengunaan indikator tsb), untuk memberi petunjuk / tanda bahwa.....

[3] Jika ada istilah yang perlu dijelaskan maka didefinisikan pada kolom ini.

[4] Diisi dengan kapan pengumpulan data harus dilakukan apakah tiap hari, seminggu sekali, tiap bulan sekali, atau tiap tiga bulan sekali.

[5] Diisi dengan kapan indikator tsb dianalisis untuk kemudian dilaporkan dan difeedback pada unit terkait.

[6] Pembilang dari indikator tersebut.

[7] Pembagi dari indikator tersebut.

[8] Diisi dengan dari mana data dapat diperoleh, apakah dari survei, dari data rekam medik, dari register, dsb.

9> Diisi dengan target yang harus dicapai.

10> Diisi siapa penanggung jawab program.

BUPATI ACEH BESAR,

MUKHLIS BASYAH

LAMPIRAN II
PERATURAN BUPATI ACEH BESAR
NOMOR 32 TAHUN 2014
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN ACEH BESAR

1. SPM PELAYANAN GAWAT DARURAT

1.1 Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

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

1.2 Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan yang Bersertifikat ATLS/ BTLS/ACLS/PPGD

Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki salah satu sertifikat pelatihan **ATLS/BTLS/ACLS/PPGD**

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 6 bulan
Periode Analisa	Setiap 6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

1.3 Kecepatan Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (*minimal n=50*)
Sumber data	Sample
Standar	5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Gawat Darurat/Tim mutu /panitia mutu

1.4 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 survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (*minimal n=50*)
Sumber data	Survey
Standar	70 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Gawat Darurat / Tim mutu/panitia mutu

1.5 Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

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

2. SPM PELAYANAN RAWAT JALAN

2.1 Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis

Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan poliklinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Poliklinik spesialis adalah poliklinik pelayanan rawat jalan di rumahsakit yang dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka poliklinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka poliklinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat jalan

2.2 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 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan

Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat jalan

2.3 Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis Jam buka 08.00 s.d. 12.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at (08.00 s.d 10.30 WIB), Sabtu Libur
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat jalan

2.4 Waktu Tunggu di Rawat Jalan Tanpa Tindakan

Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tercapainya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Poli Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu tanpa tindakan adalah waktu yang diperlukan oleh pasien mulai pendaftaran sampai mendapatkan pelayanan oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan

Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan tanpa tindakan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tanpa tindakan yang disurvey
Sumber data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat jalan

2.5 Waktu Tunggu di Rawat Jalan Dengan Tindakan

Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tercapainya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Poli Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu dengan tindakan adalah waktu yang diperlukan oleh pasien mulai pendaftaran sampai mendapatkan pelayanan dokter spesialis dan dilakukan tindakan. Antara lain : 1. Tindakan di Poli THT 2. Tindakan di Poli Mata 3. Tindakan di Poli Rehab Medik 4. Tindakan di Poli Gigi 5. Tindakan di Poli Paru 6. Tindakan di Poli Urologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan dengan tindakan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan dengan tindakan yang disurvey
Sumber data	Survey Pasien rawat jalan dengan tindakan
Standar	120 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat jalan

2.6 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	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (*minimal n=50*)
Sumber data	Survey
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat jalan

3. SPM PELAYANAN RAWAT INAP

3.1 Pemberi Pelayanan di Rawat Inap (Dokter Umum, Dokter Spesialis dan Tenaga Perawat yang Minimal Berijazah D3)

Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan rawat inap adalah dokter umum, dokter spesialis dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter umum, dokter spesialis dan perawat yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani di rawat inap

Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat inap

3.2 Dokter Penanggungjawab Ruang Rawat Inap

Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab ruang rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah ruangan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh ruangan rawat inap.
Sumber data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat inap

3.3 Dokter Penanggungjawab Pasien Rawat Inap

Dimensi Mutu	Kompetensi teknik, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Peningkatan pelayanan pasien diruang rawat inap
Definisi Operasional	Dokter yang merawat masing- masing pasien di ruang rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang dirawat oleh dokter sebagai penanggungjawab.

Denominator	Seluruh pasien di ruang rawat inap dalam waktu 1 bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat inap

3.4 Ketersediaan Pelayanan Dasar Rawat Inap

Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap dasar adalah pelayanan rumah sakit yang dapat diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan dasar rawat inap yang ada
Denominator	Jumlah seluruh jenis pelayanan rawat inap yang ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Koordinator rawat inap

3.5 Jam Visite Dokter

Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tegambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter adalah kunjungan dokter tiap hari sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 11.00 WIB
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah visite dokter antara jam 08.00 sampai dengan 11.00 WIB yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruangan rawat inap, coordinator rawat inap/Komite medik

3.6 Kejadian Infeksi Nosokomial

Dimensi mutu Tujuan	Keselamatan, kenyamanan Tergambarnya mutu dan profesionalisme pelayanan keperawatan
Definisi operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang bakterinya dari RS, dengan tanda klinik timbul 3x24 sejak pasien dirawat, dimana pada waktu dirawat tanda klinik infeksi tidak ada dan tidak pada masa inkubasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah pasien yang mengalami infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat selama satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	2 %
Penanggung jawab	Bidang keperawatan/Komite medis/ Tim DALIN

3.7 Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/Kematian

Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien

Definisi operasional	Tidak adanya pasien jatuh adalah tidak adanya kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat yang tidak jatuh dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Ruangan/ Bidang Keperawatan

3.8 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 sebelum periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kejadian kematian pasien rawat inap < 48 jam dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang meninggal diunit rawat dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	0,24 %
Penanggung jawab	Kepala Ruangan / Bidang Keperawatan

3.9 Kejadian Pulang Paksa

Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi operasional	pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	maksimum 5 %
Penanggung jawab	Kepala Ruangan / Bidang Keperawatan

3.10 Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 30) tiap ruangan
Sumber data	Survei
Standar	90 %
Penanggung jawab	Kepala Ruangan, Bidang Keperawatan

4. SPM RUANG OPERASI

4.1 Waktu Tunggu Operasi Elektif Sejak Pasien Rawat Inap

Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan □ 2 hari
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	2 hari
Penanggung jawab	Ketua Ruang Operasi / Komite Medis

4.2 Kejadian Kematian di Meja Operasi

Dimensi mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan dan sentinel event
Periode analisis	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	0 %
Penanggung jawab	Ketua Ruang Operasi / Komite Medis

4.3 Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua Ruang Operasi / Komite Medis

4.4 Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan Pasien
Definisi operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua Ruang Operasi / Komite Medis

4.5 Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan pada Operasi

Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan

Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua Ruang Operasi / Komite Medis

4.6 Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Ketua Ruang Operasi / Komite Medis

4.7 Komplikasi Anestesi karena Overdosis, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung

Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	0 %
Penanggung jawab	Ketua Ruang Operasi / Komite Medis

5. SPM RUANG BERSALIN

5.1 Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan

Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	Kematian ibu mencakup: pendarahan dan preeklamsia, dan eklamsia. Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester pertama, pre-eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : □ Tekanan darah sistolik □ 140 mmHg dan diastolik □ 90 mmHg □ Protein uria > 5,3 gr/24 jam +1 pada pemeriksaan kualitatif □ Oedem tungkai Eklampsia adalah pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, preeklampsia/eklampsia atau masing-masing penyebab
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia dan eklampsia
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan < 1 %, pre-eklampsia < 1,5%
Penanggung jawab	Kepala Ruang Bersalin dan Komite medis

5.2 Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG dan bidan.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter Sp.OG dan bidan yang melayani persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Ruang Bersalin dan Komite medis

5.3 Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah dokter Sp.OG

	Penyulit dalam persalinan meliputi : 1. Kehamilan ganda 2. Letak sungsang 3. Seksio cesaria
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan penyulit
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Ruang Bersalin dan Komite medis

5.4 Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi

Dimensi mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Ruang Bersalin dan Komite medis

5.5 Kemampuan Menangani BBLR ≤ 2.500 gr

Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan ≤ 2.500 gr
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR ≤ 2.500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR ≤ 2.500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Ruang Bersalin dan Komite medis

5.6 Pertolongan Persalinan melalui Seksio Cesaria

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

5.7 Kepuasan Pasien Persalinan

Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	80 %
Penanggung jawab	Kepala ruang bersalin dan bidang keperawatan

6. SPM PELAYANAN UNIT PERAWATAN INTENSIF

6.1 Rata-rata Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif Dengan Kasus yang Sama < 72 jam

Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis

Standar	Maksimum 3 %
Penanggung jawab	Kepala UGD dan Komite medik

7. SPM RADIOLOGI

7.1 Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	Maksimum 3 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

7.2 Kepuasan Pelanggan

Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	80 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

7.3 Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	Maksimal 2 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

8. SPM LABORATORIUM DAN PATOLOGI KLINIK

8.1 Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium

Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien mendaftar

	sampai dengan pasien diambil darah / di*sampling*
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvey dalam bulan tersebut
Sumber data	survey
Standar	Maksimal 60 menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

8.2 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 yang disebabkan oleh kemiripan nama.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	90 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

8.3 Peralatan Laboratorium yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi

Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh distributor obat
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku registrasi
Standar	50 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

9. SPM REHABILITASI MEDIK

9.1 Kejadian Drop Out Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang Direncanakan

Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang deprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan

Sumber data	Rekam medis
Standar	Maksimal 50 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

9.2 Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medic meliputi :Traksi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rehabilitasi medik

10. SPM FARMASI

10.1 Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi di Instalasi Farmasi

Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi dalam pelayanan obat di Instalasi Farmasi
Tujuan	Memberikan pelayanan terbaik dalam kepuasan pasien.
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi

10.3 Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Menghindari terjadinya kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah dalam menyerahkan obat 4. Salah jumlah 5. Salah dalam membaca resep
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi farmasi

11. SPM GIZI

11.1 Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadual yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	90 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

11.2 Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien

Dimensi mutu	Efektifitas dan efisisen
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah proporsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif proporsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	20 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

11.3 Tidak Adanya Kesalahan dalam Pemberian Diet

Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahandan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvey dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap

12. SPM PELAYANAN GAKIN

12.1 Pelayanan terhadap Pasien GAKIN yang Datang ke RS pada Setiap Unit Pelayanan

Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Keluarga Miskin adalah Keluarga yang berobat di rumah sakit dengan menggunakan kartu Jamkesmas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

13. SPM REKAM MEDIK

13.1 Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 jam Setelah Selesai Pelayanan

Dimensi mutu	Kesinambungan riwayat penyakit pasien dan kerahasiaan status rekam medik
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab medis, perawat dan non medis dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh medis, perawat dan non medis dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber data	*Checklist* kelengkapan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik

13.2 Kelengkapan *Informed Consent* setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	*Informed Consent* adalah pernyataan persetujuan tindakan antara pasien dengan petugas RS (medis, perawat).
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medic yang disurvey yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medic yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik

13.3 Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat jalan yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis yang diamati
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rata-rata 10 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medis

13.4 Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap

Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis 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 analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat inap.
Standar	Rata-rata 15 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rekam medis

14. SPM PENGOLAH LIMBAH DAN IPSRS

14.1 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 ditolelir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS

14.2 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 padat 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
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Operating Prosedur yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS/ Kepala K3 RS

15. SPM ADMINISTRASI MANAJEMEN

15.1 Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

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

15.2 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 atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung-jawaban secara periodik
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimalp 3 bulan dalam satu tahun

Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur

15.3 Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Tata Usaha
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

15.4 Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji setiap dua tahun sekali
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun

Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Tata Usaha
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

15.5 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 di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	satu tahun
Periode analisis	satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumahsakit
Sumber data	Sub Bag Tata Usaha
Standar	60 %
Penanggung jawab	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

15.6 Kecepatan Waktu Menanggapi Permintaan Barang Kurang/Sama Dengan 15 menit

Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam penyediaan barang yang dibutuhkan
Definisi operasional	Permintaan barang adalah permintaan yang diajukan oleh unit-unit pelayanan kepada pengelola barang rumah sakit. Maksimal dalam waktu 15 menit sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan barang yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan barang dalam satu bulan
Sumber data	Register permintaan dan penyediaan barang
Standar	80 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS

15.7 Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan

Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	80 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS

15.8 Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan atau service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala IPRS

15.9 *Cost recovery*

Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	sub bag Tata Usaha
Standar	40 %
Penanggung jawab	Kepala Sub Bagian Tata Usaha

15.10 Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

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

15.11 Kecepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	maksimal 2 jam
Penanggung jawab	Bagian Tata Usaha

16. SPM AMBULANCE/KERETA JENAZAH

16.1 Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di Rumah Sakit

Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam Menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance atau kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan

Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite mutu

7. SPM PEMULASARAAN / KAMAR JENAZAH

7.1 Kecepatan Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Definisi operasional	Waktu pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	2 jam
Penanggung jawab	Komite mutu

BUPATI ACEH BESAR,

MUKHLIS BASYAH