



BUPATI SAMBAS

PROVINSI KALIMANTAN BARAT

PERATURAN BUPATI SAMBAS
NOMOR 58 TAHUN 2021

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TELUK KERAMAT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI SAMBAS,

- Menimbang : a. bahwa Standar Pelayanan Minimal merupakan salah satu persyaratan administratif untuk dapat menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) pada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Teluk Keramat Kabupaten Sambas;
- b. bahwa untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan terhadap masyarakat di Kabupaten Sambas, perlu dibuat landasan dan pedoman kerja bagi RSUD Teluk Keramat Kabupaten Sambas;
- c. bahwa akuntabilitas kinerja pelayanan harus dapat ditunjukkan dengan adanya Standar Pelayanan Minimal;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Teluk Keramat Kabupaten Sambas;
- Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
2. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 352), sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);
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 Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
7. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
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) sebagaimana telah dua kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
13. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);
14. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang

Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 244);

15. 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 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 2006 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 20, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
18. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
19. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang Standar Akuntansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 123, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5165);
20. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887) 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);
21. 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);
22. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57);

23. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15.b Tahun 1988 tentang Rumah Sakit;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 129/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
25. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 07/PMK.02/2006 tentang Persyaratan Administratif Dalam Rangka Pengusulan dan Penetapan Satuan Kerja Instansi Pemerintah untuk Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
26. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 08/PMK.02/2006 tentang Kewenangan Pengadaan Barang/Jasa pada Badan Layanan Umum;
27. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 09/PMK.02/2006 tentang Pembentukan Dewan Pengawas pada Badan Layanan Umum;
28. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 10/PMK.02/2006 tentang Pedoman Penetapan Remunerasi Bagi Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Pegawai Badan Layanan Umum;
29. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 66/PMK.02/2006 tentang Tata Cara Penyusunan, Pengajuan, Penerapan dan Perubahan Rencana Bisnis dan Anggaran serta Dokumen Pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum;
30. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 77/PMK.05/2009 tentang Pengelolaan Pinjaman Pada Badan Layanan Umum;
31. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
32. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
33. Peraturan Daerah Kabupaten Sambas Nomor 1 Tahun 2015 tentang Urusan Pemerintahan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Sambas Tahun 2015 Nomor 3, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Sambas Nomor 11);
34. Peraturan Daerah Kabupaten Sambas Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Sambas Tahun 2016 Nomor 4, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Sambas Nomor 28);
35. Peraturan Bupati Sambas Nomor 31 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPk-BLUD) Bidang Kesehatan Di Kabupaten Sambas (Berita Daerah Kabupaten Sambas Tahun 2014);

36. Peraturan Bupati Sambas Nomor 50 Tahun 2021
tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Unit

Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah
Teluk Keramat Pada Dinas Kesehatan Kabupaten
Sambas (Berita Daerah Kabupaten Sambas Tahun
2021 Nomor 50);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN
MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TELUK
KERAMAT KABUPATEN SAMBAS.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Sambas.
2. Bupati adalah Bupati Sambas.
3. Sekretariat Daerah adalah Sekretariat Daerah Kabupaten Sambas.
4. Pemerintah Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh Pemerintah Daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam system dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
5. Pemerintah Daerah adalah Bupati Sambas Kabupaten Sambas dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.
6. Satuan Kerja Perangkat Daerah yang selanjutnya disingkat SKPD adalah perangkat daerah Kabupaten Sambas yang terdiri dari Sekretariat Daerah, Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah, Lembaga Teknis Daerah, Dinas, Kantor dan Kecamatan.
7. Rumah Sakit Umum Daerah Teluk Keramat yang selanjutnya disebut RSUD Teluk Keramat adalah institusi pelayanan kesehatan yang dimiliki oleh pemerintah daerah sebagai Unit Pelaksana Tekhnis Daerah (UPTD) dibawah Dinas Kesehatan Kabupaten Sambas.
8. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Teluk Keramat yang selanjutnya disebut Direktur adalah Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit Umum Daerah Teluk Keramat.
9. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Sambas.
10. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD, adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa.

11. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD Teluk Keramat .
12. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD Teluk Keramat kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan pelayanan administrasi manajemen.
13. Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan social, ekonmi dan pemerintahan.
14. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
15. 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.
16. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi tehknis dan hubungan antar manusia berdasar standart WHO.
17. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
18. Indikator Kinerja adalah variable yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan untuk dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitaif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
19. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
20. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
21. Frekwensi Pengumpulan Data adalah frekwensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
22. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
23. Pembilang (*Numerator*) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
24. Penyebut (*denominator*) adalah besaran sebagai niai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
25. Target adalah nilai ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
26. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II AZAS UMUM PELAKSANAAN

Pasal 2

- (1) Standar Pelayanan Minimal merupakan salah satu acuan bagi pelaksanaan PPK BLUD.
- (2) Pelaksanaan SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus berdasarkan pada peningkatan pelayanan masyarakat, efisiensi, produktivitas berdasarkan praktek bisnis yang sehat tanpa mengutamakan pengambilan keuntungan;
- (3) Implementasi SPM dilakukan dengan memperhatikan fleksibilitas pada PPK-BLUD.
- (4) Pelaksanaan SPM merupakan bagian dari upaya meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam kerangka peningkatan tata pemerintahan yang baik (*good governance*).

BAB III MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 3

- (1) Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk:
 - a. panduan bagi RSUD Teluk Keramat dalam melaksanakan perencanaan pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit; dan
 - b. dipergunakan sebagai acuan bagi RSUD Teluk Keramat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
- (2) Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk:
 - a. menjamin ketersediaan dan kualitas pelayanan minimal yang diberikan oleh RSUD Teluk Keramat dengan mempertimbangkan kualitas layanan, pemerataan dan kesetaraan layanan serta kemudahan untuk mendapatkan layanan bagi masyarakat; dan
 - b. menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan.

BAB IV JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI), BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 4

- (1) RSUD Teluk Keramat 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 yang minimal wajib disediakan RSUD Teluk Keramat adalah:
 - 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 laboratorium patologi klinik;
- i. Pelayanan farmasi;
- j. Pelayanan gizi;
- k. Pelayanan transfusi darah / bank darah;
- l. Pelayanan keluarga miskin;
- m. Pelayanan rekam medis;
- n. Pengelolaan limbah;
- o. Pelayanan administrasi manajemen;
- p. Pelayanan ambulans/kereta jenazah;
- q. Pelayanan pemulasaraan jenazah;
- r. Pelayanan laundry;
- s. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
- t. Pencegah Pengendalian Infeksi.

Pasal 5

SPM RS memuat tentang Jenis Pelayanan, Indikator, standar (nilai), batas waktu pencapaian dan uraian standar pelayanan minimal sebagaimana tercantum dalam Lampiran Standar Pelayanan, yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV PELAKSANAAN

Pasal 6

- (1) RSUD Teluk Keramat yang menerapkan PPK-BLUD wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
- (4) Penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan.

BAB V PENERAPAN

Pasal 7

- (1) Direktur dalam menyusun Rencana Bisnis Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.

- (2) Setiap unit kerja dan administrasi manajemen RSUD Teluk Keramat menyusun rencana bisnis anggaran, target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya sesuai dengan 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 8

- (1) Pembinaan RSUD Teluk Keramat yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk 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 9

- (1) Bupati melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal rumah sakit.
- (2) Pengawasan Operasional dilakukan oleh pengawas internal.
- (3) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah direktur atau pimpinan RSUD Teluk Keramat .

Pasal 10

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (2) bersama-sama jajaran manajemen RSUD Teluk Keramat menciptakan dan meningkatkan Pengendalian Internal.
- (2) Fungsi Pengendalian Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 11

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD Teluk Keramat selain dilakukan oleh pejabat Pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud

dalam Pasal 8, Pasal 9, dan Pasal 10 dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

Pasal 12

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8, Pasal 9, Pasal 10 dan Pasal 11 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD Teluk Keramat yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran RSUD Teluk Keramat .

BAB VII KETENTUAN PENUTUP

Pasal 13

Pada saat Peraturan Bupati ini berlaku, maka Peraturan Bupati Sambas Nomor 64 Tahun 2020 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Pratama Teluk Keramat Kabupaten Sambas (Berita Daerah Kabupaten Sambas Tahun 2020 Nomor 65) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 14

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Sambas.

Ditetapkan di Sambas
pada tanggal 7 Oktober 2021
BUPATI SAMBAS,

TTD

SATONO

Diundangkan di Sambas
pada tanggal 7 Oktober 2021

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SAMBAS,

TTD

FERY MADAGASKAR

BERITA DAERAH KABUPATEN SAMBAS TAHUN 2021 NOMOR 58

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,



MARJUNI, SH
Pembina TK.I (IV/b)

NIP.19680612 199710 1 001

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI SAMBAS
NOMOR 58 TAHUN 2021
TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
TELUK KERAMAT KABUPATEN
SAMBAS

A. LATAR BELAKANG

Reformasi yang signifikan dibidang keuangan negara telah menyebabkan pergeseran dari penganggaran tradisional ke penganggaran berbasis kinerja. Anggaran berbasis kinerja lebih menekankan pada proses apa yang dihasilkan (*output*), bukan hanya sekedar membiayai masukan (*input*). Perubahan ini penting dalam rangka proses pembelajaran yang lebih rasional untuk mempergunakan sumber daya yang dimiliki, mengingat tingkat kebutuhan dana yang makin tinggi sementara sumber dana yang tersedia tetap terbatas.

Penganggaran berbasis kinerja dapat diterapkan pada instansi pemerintah yang tugas dan fungsinya memberikan pelayanan kepada masyarakat. Dengan demikian, instansi tersebut dapat menerapkan pola pengelolaan keuangan yang fleksibel dengan menonjolkan produktifitas, efesiensi dan efektifitas sebagai bagian dalam pembaharuan manajemen keuangan sektor publik maupun dalam peningkatan standar pelayanan pemerintah kepada masyarakat yang disebut dengan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK BLUD).

Rumah sakit merupakan bagian penting dari sistem kesehatan. Rumah sakit menyediakan pelayanan kuratif kompleks, pelayanan gawat darurat, pusat alih pengetahuan dan teknologi dan berfungsi sebagai pusat rujukan. Rumah sakit harus senantiasa meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan harapan pelanggan untuk meningkatkan kepuasan pemakai jasa. Dalam Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang rumah sakit, Pasal 2 huruf b menyebutkan bahwa rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang aman,bermutu, anti diskriminasi,dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit, kemudian pada pasal 40 ayat (1) disebutkan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 tahun sekali dan undang-undang tersebut diatas akreditasi rumah sakit penting untuk dilakukan dengan alasan agar mutu dan kualitas diintegrasikan dan dibudayakan kedalam sistema pelayanan rumah sakit (Depkes,2009).

B. MAKSUD DAN TUJUAN

1. Maksud

Standar Pelayanan Minimal ini dimaksudkan guna memberikan pelayanan atau kegiatan minimal yang harus dilakukan rumah sakit sebagai tolak ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan kesehatan rujukan di RSUD Teluk Keramat .

2. Tujuan

- a. Terlaksananya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan rumah sakit yang bermutu dan terjangkau
- b. Terlaksananya kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan yang sesuai standar berbasis profesionalisme dengan tetap mengedepankan masalah aksesibilitas masyarakat

- c. Terlaksananya pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar sesuai dengan tuntutan masyarakat di wilayah cakupannya.

C. STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD TELUK KERAMAT

1. KEBIJAKAN

Kebijakan RSUD Teluk Keramat dalam menyusun Standar Pelayanan Minimal adalah penentuan standar layanan minimal unit kerja sebagai sasaran mutu unit kerja yang terdiri dari paling sedikit dua jenis standar yang merupakan *cory product* dari unit kerja tersebut dan satu standar sebagai revrepresentatif dan perspektif kepuasan pelanggan. Sasaran mutu unit kerja yang selanjutnya ditetapkan sebagai Standar Pelayanan Minimal merupakan sesuatu yang harus dicapai oleh unit kerja dan harus dijadikan dasar penetapan dasar rencana manajemen mutu sebagai suatu parameter yang dilengkapi oleh dokumen mutu pelayanan.

2. JENIS-JENIS PELAYANAN RUMAH SAKIT

Stándar pelayanan minimal (SPM) adalah prognosa standar pelayanan minimum rumah sakit di kabupaten sambas yang memuat tentang pelayanan apa saja yang harus dilakukan dengan target dan indikator pencapaiannya. Stándar Pelayanan Rumah Sakit meliputi :

- a. Pelayanan gawat darurat;
- b. Pelayanan rawat jalan;
- c. Pelayanan rawat inap;
- d. Pelayanan bedah;
- e. Pelayanan persalinan perinatalogi;
- f. Pelayanan intensif;
- g. Pelayanan radiologi;
- h. Pelayanan laboratorium patologi klinik;
- i. Pelayanan farmasi;
- j. Pelayanan gizi;
- k. Pelayanan transfusi darah/ bank darah;
- l. Pelayanan keluarga miskin;
- m. Pelayanan rekam medis;
- n. Pengolahan limbah;
- o. Pelayanan administrasi manajemen;
- p. Pelayanan ambulans/kereta jenazah;
- q. Pelayanan pemulasaran jenazah;
- r. Pelayanan laundry;
- s. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
- t. Pencegah pengendalian infeksi.

3. INDIKATOR DAN TARGET SPM

NO	Jenis Pelayanan	Indikator	Target
1	Gawat Darurat	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%
		Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam
		Pemberian pelayanan gawat darurat Yang bersertifikat masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	100%
		Ketersediaan tim penanggulangan bencana Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	Satu tim ≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang

NO	Jenis Pelayanan	Indikator	Target
		Kepuasan pelanggan	100%
		Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
2	Rawat Jalan	Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	100% Dokter Spesialis
		Ketersediaan pelayanan	Klinik anak
		Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali jumat: 08.00-11.00
		Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit
		Kepuasan pelanggan	100%
3	Rawat Inap	Pemberian pelayanan di rawat inap dokter bertanggung jawab pasien rawat inap	a. Dr.Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3
		Ketersediaan pelayanan rawat inap	100%
		jam visite dokter spesialis	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja
		Kejadian Pulang Paksa	≤ 1,5%
		Kepuasan Pelanggan	100%
4	Persalinan perinatalogi dan KB	Kejadian kematian ibu karena persalinan	-
		Pemberi pelayanan perslinan normal	Bidan Tim PONEK
		Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr	100%
		Keluarga Berencana Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih.	100%
		Kepuasan pelanggan.	100%
5	Intensif	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤ 3 %
		Pemberi pelayanan unit intesif	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat

NO	Jenis Pelayanan	Indikator	Target
			perawat mahir ICU/setara D4
6	Radiologi	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤ 3 jam
		Pelaksana ekspertisi	Dokter Sp. Rad
		Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	Kerusakan foto ≤ 2%
		Kepuasan pelanggan	≥ 80%
7	Lab. Patologi klinik	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤ 140 menit kimia darah dan darah rutin
		Pelaksana ekspertis	Dokter Sp. PK
		Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	100%
		Kepuasan pelanggan	≥ 80%
8	Farmasi	Waktu tunggu pelayanan Obat jadi	≤ 30 menit
		Waktu tunggu pelayanan racikan	≤ 60 menit
		Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%
		Kepuasan pelanggan	≥ 80%
		Penulisan resep sesuai formularium	100%
9	Gizi	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥ 90%
		Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%
		Kepuasan Pelanggan	100%
10	Transfusi darah	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100% terpenuhi
		Kejadian reaksi transfusi	≤ 0,01%
11	Pelayanan GAKIN	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100% terlayani
12	Rekam Medik	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%
		Kelengkapan informed concent setelah mendapatkn informasi yang jelas	100%
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit
		Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤ 15 menit
13	Pengolahan limbah	Baku mutu limbah cair	a. BOD < 40 mg/l b. COD <80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. 6-9

NO	Jenis Pelayanan	Indikator	Target
		Pengolahan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	100%
14	Administrasi dan Manajemen	Tindak lanjut penyesuaian hasil pertemuan direksi	100%
		Kelengkapan laporan azkuntabilitas kinerja	100%
		Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%
		Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100%
		Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20jam setahun	≥ 60%
		Cost recovery	≥ 40%
		Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%
		Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
		Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%
15	Ambulance/ Mobil jenazah	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah	24 jam
		Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit	≤ 230 menit
		Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	Sesuai ketentuan daerah
16	Pemulasaraan jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam
17	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤80%
		Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%
		Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.	100%
18	Pelayanan laundry	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%
		Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100%
19	Pencegahan dan pengendalian infeksi	Ada anggota tim PPI yang terlatih	Anggota tim PPI yang terlatih 75%
		Tersedianya APD di setiap instalsi/departemen	60%
		Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health Care Associated Infection) di RS(min 1 parameter)	75%

4. URAIAN STÁNDAR PELAYANAN MINIMAL

a. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1) Kemampuan Menagani Life Saving Anak Dan Dewasa

Judul	Kemampuan Menagani Life Saving Anak Dan Dewasa
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 Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah komulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di gawat darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di unit gawat darurat
Sumber data	Rekam medik di gawat darurat
Stándar	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 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 Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Laporan bulanan
Stándar	24 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat

3) Pemberi Pelayanan Kegawatdaruratan Yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ARS

Judul	Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan Yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ARS
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat darurat
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ARS
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ARS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat darurat
Sumber data	Kepegawaiaan
Stándar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala pendidikan dan pelatihan rumah sakit

4) Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana
Dimensi mutu	Keselamatan dan evektifitas
Tujuan	Kesiaggaan 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 Analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Stándar	Satu tim
Penaggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat/ tim mutu/ panitia mutu

5) Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Gawat Darurat

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Gawat Darurat
Dimensi mutu	Keselamatan dan evektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat respsponsip dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah kecepatan pasien di layani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang di perlukan sejak kedatangan semua pasien yang disanping secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di samping (minimal n = 50)
Sumber data	Sampel
Stándar	Kurang dari lima menit setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat/ mutu/ panitia mutu

6) Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan Pada Gawat Darurat
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelaayanan gawat daruat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang presepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rata – rata penilaian keusan pasien gawat darurat yang di survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survei (minimal n = 50)
Sumber data	Survei
Stándar	Lebih dari 70%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat / mutu/ kepala mutu

7) Kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 Jam Di Gawat Darurat
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian pasien ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode Analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat

8) Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka

Judul	Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka
Dimensi mutu	Akses dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode Analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi gawat darurat

b. PELAYANAN RAWAT JALAN

1) Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis
Dimensi mutu	Kopetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privileg yang diberikan)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam wkyu satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Stándar	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 ruamh sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Stándar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penaggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

3) Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialisistik pada hari kerja dirumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s.d 13.00 setiap hari kerja kecuali jum'at
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialisistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan sepsialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Stándar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan

4) Waktu tunggu di rawat jalan

Judul	Waktu tunggu di rawat jalan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialisistik pada hari kerja dirumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai paasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kualitatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey
Sumber data	Register rawat jalan
Stándar	≤ 60 menit
Penaggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

5) Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan kepada pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang presepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minumal = 50)
Sumber data	Survey
Stándar	≥90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

c. PELAYANAN RAWAT INAP

1) Pemberian Pelayanan Rawat Inap

Judul	Pemberian Pelayanan Rawat Inap
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap oleh tdokter dan tenaga perawat yang minimal D3
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode Analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Stándar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2) Dokter Penanggung Jawab Rawat Inap

Judul	Dokter Penanggung Jawab 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 pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai tanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Stándar	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 rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialisik yang ada (kumulatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Stándar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
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 jam 08.00 sampai jam 14.00
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

5) Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian Pulang Paksa
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas, pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien/keluarga pasien sebelum di putuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di rawat dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤5%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite mutu/Tim mutu

6) Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang di survey (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang di survey (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Stándar	≥90%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu
Periode Analisis	1 bulan an sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Stándar	≤ 100%
Penaggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

- d. PELAYANAN INTENSIF
- 1) Rata-rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama <72Jam

Judul	Rata-rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama <72Jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu <72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode 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
Stándar	≤3%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite medic/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 Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Stándar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Komite medic/mutu

e. RADIOLOGI

1) Waktu Tunggu Hasil Pelayanan *Thorax* Foto

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan <i>Thorax</i> 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 diekspetisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumah komulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto thoraxdalam bulan tersebut

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto
Sumber data	Rekam medis
Stándar	≤3%
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 ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah di cantumkanannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	jumlah foto rontgen yang dibaca dan di verifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan
Sumber data	Register di intalasi radiologi
Stándar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi radiologi

3) Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen
Dimensi mutu	Efektifitas dan efesiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efesiensi 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 tidak dapat dibaca dalam 1 bulan

Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Stándar	≥80%
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

4) Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pesepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang di survey yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang di survey (n minial 50)
Sumber data	Survey
Stándar	≥80%
Penaggung jawab pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

f. LABORATORIUM DAN PATOLOGI KLINIK

1) Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah hasil lab. Yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium

Stándar	100%
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	Pelaksanaan 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 pemeriksan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab, yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Stándar	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 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium

	dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Stándar	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 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survey (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survey
Stándar	≥80%
Penaggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi laboratorium

g. FARMASI

1) Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan prlayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi psien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Stándar	≤ 30 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi
pengumpulan data	

2) Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	≤ 60 %
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Farmasi

3) Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

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

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

1) Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

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

2) Keluarga Berencana

a) Keluarga Berencana Mantap

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 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Stándar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

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 data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Stándar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

c) 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 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
Stándar	$\geq 80\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

i. GIZI

1) Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi	Ketepatan waktu pemberian makanan

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien
Operasional	kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survey
Stándar	$\geq 90\%$
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	Efektifitas dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Stándar	$\geq 20\%$
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, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi	Kesalahan dalam memberikan diet adalah

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet
Operasional	kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

j. PELAYANAN GAKIN

Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN Yang Datang Ke RS Pada Setiap Unit Pelayanan

Judul	Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN Yang Datang Ke RS Pada Setiap Unit Pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan.
Sumber data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur rumah sakit

k. 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	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam

Operasional	medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber data	Survey
Stándar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

2) Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan Informed Concent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan
Definisi Operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Stándar	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	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100).
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien
Stándar	Rerata $\leq$ 10 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medis

4) Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode Analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
	rawat jalan
Stándar	Rerata $\leq$ 15 menit
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala instalasi rekam medis

1. PENGOLAHAN LIMBAH

a. Baku Mutu Limbah Cair

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

b. 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 : Sisa jarum suntik Sisa ampul Kasa bekas Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus

Judul	Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan
	dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Stándar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

m. ADMINISTRASI DAN MENAJEMEN

1) Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

Judul	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah
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
Stándar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur rumah sakit

2) Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi

Judul	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisis	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
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 dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya

Judul	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
	diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Stándar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

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 No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Stándar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

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 dirumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

Judul	Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Stándar	$\geq 60\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha

6) Cost Recovery

Judul	Cost Recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di 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 bagian kepegawaian
Stándar	$\geq 40\%$
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

7) Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode Analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam waktu 3 bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan

Judul	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Stándar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

8) Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat

Judul	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat
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 3 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
Stándar	≤ 2 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Bagian keuangan

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
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode Analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian

	insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Stándar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Bagian Keuangan

n. AMBULANCE/ MOBIL JENAZAH

1) Waktu Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah

Judul	Waktu Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/mobil jenazah yang dapat diakses setiap
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/mobil jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisis	3 bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Stándar	24 jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Penanggungjawab ambulance/Mobil jenazah

2) Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Di Rumah Sakit

Judul	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan 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 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan

Judul	Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Di Rumah Sakit
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Stándar	100%
Penanggung jawab	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah

o. PEMULASARAAN JENAZAH
Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Taotal kumulatif waktu pelayanan permulasaraan jenazah pasien yang diamati daalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamatai dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Stándar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

p. 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 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
Stándar	≥ 80%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

2) Ketetapan 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 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
Stándar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

3) Peralatan Laboratorium (Dan Alat Ukur Yang Lain) Yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dngan Ketentuan Kalibrasi

Judul	Peralatan Laboratorium (Dan Alat Ukur Yang Lain) Yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode Analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register
Stándar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

q. PELAYANAN LAUNDRY

1) Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang

Judul	Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelaayanan laundry
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari samping dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Stándar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

2) Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap

Judul	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap Kelas III
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Ketetapan waktu penyediaan linen adalah ketetapan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan watu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Stándar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

r. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

1) Tim PPI

Judul	Tersedianya Anggota Tim PPI Yang Terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersediaanya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi	Tiap 3 bulan

pengumpulan data	
Periode Analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaiaan
Stándar	75 %
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

2) Koordinasi Alat Pelindung Diri (APD)

Judul	Koordinasi Alat Pelindung Diri (APD)
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi Operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survey
Stándar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI

Keterangan:

ILO : Inveksi Luka Operasi
ILI : Infeksi Luka Infus
VAP : Infeksi Saluran Kemih

s. RAWAT JALAN TUBERCOLOSIS (TB)

1) Kegiatan Penegakan Diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan diagnose TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaaksananya diagnosanya TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawa jalan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan

Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medic
Stándar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

2) Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

Judul	Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan (TB) Di RS
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalak ke RS
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasaien TB rawaat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber data	Rekam Medik
Stándar	60 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

t. RAWAT INAP TUBERCOLOSIS (TB)

1) Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Judul	Penegakan Kegiatan TB Melalui Pemeriksaan Mikroskop TB
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB.
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medic
Stándar	60 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rawat inap

2) Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Tuberculosis (TB) Di RS

Judul	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Tuberculosis (TB) Di RS
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

BUPATI SAMBAS,

TTD

SATONO

Salinan sesuai dengan aslinya
KEP. BAGIAN HUKUM,

MARJUNI, SH
Pembina TK.I (IV/b)
NIP. 19680612 199710 1 001