



BUPATI TEBO PROVINSI JAMBI

**PERATURAN BUPATI TEBO
NOMOR 14 TAHUN 2017**

**TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN THAHA SAIFUDDIN KABUPATEN TEBO**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
BUPATI TEBO,**

- Menimbang : a. bahwa rumah sakit merupakan badan layanan umum daerah yang memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kabupaten Tebo disamping memiliki peralatan dan tenaga medis yang memadai, juga harus memiliki kualitas pelayanan yang baku sehingga masyarakat sebagai pengguna layanan merasa puas;
- b. bahwa kualitas pelayanan baku harus dituangkan dalam prosedur pemberian pelayanan minimal yang memuat ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar merupakan urusan wajib badan layanan umum daerah yang berhak diperoleh setiap warga;
- c. bahwa sehubungan dengan maksud huruf a dan b, dan untuk menjamin kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit sebagai badan layanan umum daerah, maka dipandang perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal dengan Peraturan Bupati Tebo;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 54 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Sarolangun, Kabupaten Tebo, Kabupaten Muaro Jambi dan Kabupaten Tanjung Jabung Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 182, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3903) sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang Nomor 14 Tahun 2000 tentang Pembentukan Kabupaten Sarolangun, Kabupaten Tebo, Kabupaten Muaro Jambi dan Kabupaten Tanjung Jabung Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2000 Nomor 81, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3969);
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3490);

3. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
4. 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);
5. 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 beberapa 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);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
7. 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 4578);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2010 tentang Peraturan Disiplin Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5135);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);

11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan 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 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 310);
12. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 7 tahun 2006 tentang Persyaratan Administrasi Pengusulan Status Badan Layanan Umum;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 228/MENKES/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang wajib dilaksanakan daerah;
16. Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2014 tentang Pokok-pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Tebo Tahun 2014 Nomor 1);

MEMUTUSKAN

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TEBO TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN THAHA SAIFUDDIN KABUPATEN TEBO.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Kabupaten adalah Kabupaten Tebo
2. Pemerintah adalah Pemerintah Pusat
3. Pemerintah Daerah adalah Kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Daerah yang memimpin pelaksanaan unsur pemerintah yang menjadi wewenang daerah otonom.
4. Bupati adalah Bupati Tebo

5. Badan layanan Umum Daerah adalah Instansi di lingkungan Pemerintah Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas;
6. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan minimal tentang jenis dan mutu pelayanan dasar, yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal, penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit;
7. Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan;
8. Indikator kinerja adalah tolak ukur pelayanan yang diterima oleh masyarakat.
9. Indikator kinerja adalah tolak ukur pelayanan yang diterima oleh masyarakat.

BAB II TUJUAN DAN RUANG LINGKUP

Pasal 2

Penyelenggaraan standar pelayanan minimal bertujuan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat oleh Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin dengan melalui penerapan standar kinerja tertentu sebagai ukuran pelayanan.

Pasal 3

Setiap jenis dan mutu pemberian pelayanan masyarakat pada Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin, harus berdasarkan pada standar pelayanan minimal.

Pasal 4

Jenis, mutu, indikator kinerja dan pemenuhan standar pelayanan yang diberikan oleh setiap petugas pelayanan, sebagaimana diatur dalam lampiran Peraturan Bupati ini.

BAB III

PERAN SERTA MASYARAKAT

Pasal 5

Peran serta masyarakat dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin adalah menerima pelayanan, memberikan pendapat berkenaan dengan tingkat kepuasan serta turut mengawasi kinerja pelaksanaan standar pelayanan minimal

Pasal 6

Masyarakat sebagai penerima pelayanan dasar dibidang kesehatan memiliki hak yaitu :

- a. menerima pelayanan kesehatan yang terjangkau dan berkesinambungan; dan
- b. menerima pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan yang bermutu dan sesuai standar pelayanan minimal.

Pasal 7

Pelayanan dasar sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 apabila tidak dilaksanakan sesuai ketentuan maka masyarakat dapat melaporkan kepada Pemerintah daerah untuk ditindaklanjuti pengaduannya.

BAB IV

MEKANISME PELAKSANAAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 8

Mekanisme pelaksanaan standar pelayanan minimal dilaksanakan oleh Badan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin menetapkan program dan kurun waktu pencapaian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin;
- b. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin melakukan sosialisasi, diseminasi, pelatihan, bimbingan dan lokakarya dalam rangka pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin;

- c. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin melakukan pengkajian dan mengawasi pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin;
- d. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin melakukan Survey Kepuasan Masyarakat secara berkala terhadap pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin.

Pasal 9

Mekanisme pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 harus dilaporkan secara berkala kepada Bupati untuk digunakan sebagai monitoring dan evaluasi secara berkesinambungan terhadap kinerja Rumah Sakit Umum Daerah dilakukan oleh Tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

BAB V PENGORGANISASIAN

Pasal 10

- (1) Bupati bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin
- (2) Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan

BAB VI PELAKSANAAN

Pasal 11

Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan pada Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin sebagaimana diatur dalam lampiran Peraturan Bupati ini, merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target pelayanan yang ditetapkan.

Pasal 12

Sumber pembiayaan pelaksanaan pelayanan untuk pencapaian target sesuai standar pelayanan minimal dibebankan pada APBD dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat.

BAB VII PEMBINAAN

Pasal 13

Pemerintah Daerah memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai standar pelayanan minimal.

Pasal 14

Fasilitasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 dalam bentuk pemberian pedoman, bimbingan teknis, pelatihan, arahan dan supervisi meliputi :

- a. perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai standar pelayanan minimal;
- b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target pelayanan minimal;
- c. penilaian pengukuran kinerja pencapaian target;
- d. penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin.

BAB VIII PENGAWASAN

Pasal 15

Bupati melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin.

Pasal 16

Bupati menyusun dan menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin, kepada Menteri Dalam Negeri dan menteri Kesehatan melalui Gubernur Jambi.

Pasal 17

- (1) Bupati melaksanakan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai standar pelayanan minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati.

- (2) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan standar pelayanan minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan oleh Tim Akreditasi Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan Kabupaten Tebo secara berkala.
- (3) Hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan kepada Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan melalui Gubernur Jambi.

BAB IX PEMBIAYAAN

Pasal 18

Semua biaya yang timbul akibat pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat untuk pencapaian target sesuai Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Tebo.

BAB X KETENTUAN PENUTUP

Pasal 19

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Muara Tebo
Pada tanggal 7-3-2017



LAMPIRAN : PERATURAN BUPATI TEBO

NOMOR :TAHUN 2017

TANGGAL :2017

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perkembangan pelayanan publik semakin mendapat tekanan dari berbagai pihak dikalangan masyarakat berbagai isu semakin merebak dan mencuat ke permukaan. Tuntutan masyarakat semakin tinggi seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan modernisasi bahkan globalisasi saat ini.

Keadaan ini merupakan tantangan yang sekaligus merupakan beban yang tidak ringan bagi pemerintah saat ini, baik bagi pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Sehingga relevan dan tepat jika pemerintah menerbitkan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, yang kemudian ditindaklanjuti dengan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.

Intinya dalah bagaimana pemerintah mencari solusi agar institusi pelayanan publik bisa berkinerja tinggi sesuai dengan tuntutan masyarakat saat ini. Pengelolaan keuangan yang kaku dan tata cara birokratis sudah dirasakan menjadi penghambat dalam proses pelayanan publik yang dilakukan oleh pemerintah. Tidak tepat waktu, tidak tepat sasaran dan tidak strategis, tidak disiplin, berkinerja buruk bahkan memperlihatkan pendapatan yang buruk pula, merupakan inti permasalahan yang mulai dicarikan solusinya.

Berkaitan dengan keleluasaan dalam menggunakan pendapatannya, Badan pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin Kabupaten Tebo merupakan salah satu institusi pemerintah yang memiliki tanggung jawab untuk meningkatkan kinerja pelayanan, kinerja keuangan dan kinerja manfaat bagi masyarakat. Dan kinerja sangat erat kaitannya dengan standar kinerja yang harus ditetapkan secara tepat, yang lambat laun ditargetkan mendekati standar yang dibutuhkan atau yang diinginkan masyarakat pengguna secara transparan.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Standar Pelayanan Minimal, bahwa SPM adalah ketentuan minimal tentang jenis dan mutu pelayanan dasar, yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal, sedangkan pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan.

SPM lebih berbicara kewajiban ketimbang berbicara untung rugi, sebab sudah merupakan kewajiban utama bahwa pengayoman secara menyeluruh kepada masyarakat. Dengan demikian yang perlu dihitung bukanlah keuntungan secara ekonomi akan tetapi bagaimana *cost benefit rasionya*. Artinya sejauhmana biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah baik pusat maupun daerah yang dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi masyarakat.

Dengan kalimat lain bahwa SPM dapat dijadikan patokan mutu pelayanan yang relatif dan minimal aman bagi para pelanggan untuk dimanfaatkan dan relatif dapat meningkatkan persepsi predikat berkelas atau peningkatan *brand image* di masyarakat.

Disinilah inti permasalahan yang seharusnya dipahami oleh semua pihak, bawa berhasil atau tidaknya institusi pelayanan bukanlah hanya diukur dengan keberhasilannya dalam meningkatkan PAD, akan tetapi harus pula diukur dengan manfaatnya bagi masyarakat.

B. Tujuan Penyusunan SPM

Tergambarnya Standar Pelayanan Minimal Rumah sakit dalam bentuk dokumen.

C. Pengertian

a. Umum

SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

b. Khusus

- 1) Merupakan alat untuk mengukur kinerja secara baik.
- 2) Sebagai alat perencanaan bisnis dan anggaran.
- 3) Sebagai alat pengendali mutu pelayanan.

D. Landasan Hukum

1. Undang- Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
5. 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);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
7. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 7 Tahun 2006 tentang Persyaratan Administrasi Pengusulan Status Badan Layanan Umum;
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor ; 228/MENKES/SK/III/2002 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di kabupaten/Kota;

BAB II
SISTEMATIKA DOKUMEN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

Sistematika Penyusunan dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit meliputi :

1. Pendahuluan
2. Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal
3. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
 - a. Jenis Pelayanan Rumah Sakit
 - b. Standar Pelayanan Minimal Tiap Pelayanan
4. Penutup
5. Lampiran

BAB III

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

A. Jenis-jenis pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin Kabupaten Tebo

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

B. SPM setiap jenis pelayanan, Indikator Kinerja dan Standar

| No | Jenis Pelayanan | Indikator Kinerja | Standar (SPM) |
|----|----------------------|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Gawat Darurat | 1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa 2. Jam buka pelayanan Gawat Darurat 3. Pemberi Pelayanan gawat darurat yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPG D yang masih berlaku 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Kecepatan pelayanan Dokter di Unit Gawat Darurat 6. Kepuasan pelanggan 7. Kematian pasien < 24 Jam 8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka | 1. 100% 2. 24 Jam 3. 100% 4. 1 (satu) tim 5. ≤ 5 menit terlayani setelah pasien 6. ≥ 70% 7. ≤ 2/1000 8. 100% |
| 2. | RAWAT JALAN | 1. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis 2. Ketersediaan pelayanan 3. Jam buka pelayanan 4. Waktu tunggu di rawat jalan 5. Kepuasan pelanggan 6. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan Mikroskop TB 7. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS | 1. 100% 2. a. Poliklinik Anak b. Poliklinik penyakit dalam c. Poliklinik kebidanan d. Poliklinik bedah 3. a. 08.00 – 13.00 b. 08.00-11.00 (hari Jumat) 4. ≤ 60 menit 5. ≥ 90 Menit 6. ≥ 60% 7. ≤ 60% |
| 3. | RAWAT INAP | 1. Pemberi pelayanan di rawat inap. | 1. a. Dokter spesialis b. Perawat min pendidikan D3 |

| | | | |
|---|------------------------------------|---|--|
| | | <p>2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap</p> <p>3. Ketersediaan pelayanan rawat inap</p> <p>4. Jam Visite dokter spesialis</p> <p>5. Kejadian infeksi pasca operasi</p> <p>6. Kejadian infeksi nosokomial</p> <p>7. Tidak adanya kejadian pasien jauh yang berakibat kecacatan/kematian</p> <p>8. Kematian pasien > 48 jam</p> <p>9. Kejadian pulang paksa</p> <p>10. Kepuasan pelanggan</p> <p>11. Rawat inap TB</p> <p>a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB</p> <p>b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS.</p> | <p>2.100%</p> <p>3.a. Rawat Inap Anak</p> <p>b.Rawat inap Penyakit dalam</p> <p>c.Rawat Inap kebidanan</p> <p>d.Rawat Inap bedah</p> <p>4.08.00-14.00 wib (setiap hari kerja)</p> <p>5.≤ 1,5%</p> <p>6.≤1,5%</p> <p>7.100%</p> <p>8.≤0,24%</p> <p>9.≤ 5%</p> <p>10.≥90%</p> <p>11.a.100%</p> <p>b.100%</p> |
| 4 | BEDAH SENTRAL (BEDAH SAJA) | <p>1. Waktu tunggu operasi efektif</p> <p>2. Kejadian kematian di meja operasi</p> <p>3. Tidak ada kejadian operasi salah sisi</p> <p>4. Tidak ada kejadian salah orang</p> <p>5. Tidak ada kejadian salah tindakan pada operasi</p> <p>6. Tidak ada kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi</p> <p>7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan anestesi endotracheal tube</p> | <p>1.≤ 2 hari</p> <p>2.≤ 1%</p> <p>3.100%</p> <p>4.100%</p> <p>5.100%</p> <p>6.100%</p> <p>7.≤ 6%</p> |
| 5 | PERSALINAN DAN PERINATOLOGI | <p>1. Kejadian kematian ibu karena persalinan</p> | <p>1.a.Perdarahan .≤ 1 %</p> <p>b.Pre eklamsi ≤ 30%</p> <p>c.Sepsis ≤0,2%</p> |

| | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|
| | | <p>2. Pemberi pelayanan persalinan normal</p> <ol style="list-style-type: none"> Dokter SpOG Dokter umum terlatih (APN) Bidan <p>3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan penyulit</p> <p>4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</p> <p>5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr</p> <p>6. Pertolongan persalinan melalui sectio cesaria</p> <p>7. Keluarga berencana</p> <ol style="list-style-type: none"> Presentase KB (vasectomi&tubektomi) yang dilakukan oleh dr. SpOG, dr.SpB dan dr. Umum terlatih Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih <p>8. Kepuasan pelanggan</p> | <p>2.a.Dokter SpOG</p> <p>b.Dokter umum terlatih (APN)</p> <p>c.Bidan</p> <p>3.Tim PONEK yang terlatih</p> <ol style="list-style-type: none"> Dokter SpOG Dokter SpA Dokter Sp.An <p>5. 100%</p> <p>6. 20%</p> <p>7.a.100%</p> <p>b.100%</p> <p>8.≥80%</p> |
| 6 | INTENSIF | <p>1. Rata –rata pasien yang kembali keperawatan dengan kasus yang sama < 72 jam</p> <p>2. Pemberi pelayanan unit insentif</p> | <p>1.≤.3 jam</p> <p>2.a. Dr. Sp.An& Dr.Sp sesuai Dengan kasus yang di Tangani</p> <p>b.100% perawat minimal min D3 dengan sertifikat ICU/setara D4</p> |
| 7 | RADIOLOGI | <p>1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto</p> <p>2. Pelaksanaan ekspresi</p> <p>3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen</p> <p>4. Kepuasan pelanggan</p> | <p>1. 1 Jam</p> <p>2. Dr. Sp.Radiologi 2 kali/Mgg</p> <p>3. Kerusakan foto 2%</p> <p>4. Kepuasan pelanggan 90%</p> |
| 8 | LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK | <p>1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium</p> <p>2. Pelaksanaan ekspresi</p> <p>3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>4. Kepuasan pelanggan</p> | <p>1. ≤.84 menit</p> <p>2. Dr. SpPK</p> <p>3. 100%</p> <p>4. ≥80%</p> |

| | | | |
|----|-----------------------------------|---|--|
| 9 | REHABILITASI MEDIK | <ol style="list-style-type: none"> Kejadian Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik Kepuasan pelanggan | <ol style="list-style-type: none"> ≤50% 100% ≥80% |
| 10 | FARMASI | <ol style="list-style-type: none"> Waktu tunggu pelayanan <ol style="list-style-type: none"> Obat jadi Racikan Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat Kepuasan pelanggan Penulisan resep sesuai formularium | <ol style="list-style-type: none"> <ol style="list-style-type: none"> ≤30 Menit ≥45 Menit 100% ≥76% 100% |
| 11 | GIZI | <ol style="list-style-type: none"> Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet | <ol style="list-style-type: none"> ≥95% ≤30% 100% |
| 12 | TRANSFUSI DARAH | <ol style="list-style-type: none"> Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi Kejadian reaksi transfusi | <ol style="list-style-type: none"> 100% 0% |
| 13 | PELAYANAN GAKIN | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan | 100% terpenuhi |
| 14 | REKAM MEDIK | <ol style="list-style-type: none"> Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap | <ol style="list-style-type: none"> 100% 100% ≤ 10 Menit ≤15 Menit |
| 15 | PENGELOLAAN LIMBAH | <ol style="list-style-type: none"> Baku mutu limbah cair Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan | <ol style="list-style-type: none"> <ol style="list-style-type: none"> BOD<30 mg/l COD<80mg/l TSS,30 mg/l PH 6-9 100% |
| 16 | ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN | <ol style="list-style-type: none"> Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat Ketepatan waktu | <ol style="list-style-type: none"> 100% 100% 100% 100% |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | <p>pengurusan gaji berkala</p> <p>5. Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam setahun</p> <p>6. Cost recovery</p> <p>7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan</p> <p>8. Kecepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu</p> | <p>5. $\geq 60\%$</p> <p>6. $\geq 40\%$</p> <p>7. 100%</p> <p>8. ≤ 2 jam</p> |
| 17 | AMBULANCE/KE RETA JENAZAH | <p>1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah</p> <p>2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rs</p> <p>3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan</p> | <p>1. 24 Jam</p> <p>2. ≤ 30 menit</p> <p>3. ≤ 30 menit</p> |
| 18 | PEMULASARAN MAYAT | Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah | ≤ 2 jam |
| 19 | PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RS | <p>1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat</p> <p>2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat</p> <p>3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi</p> | <p>1. $\leq 70\%$</p> <p>2. 50%</p> <p>3. 80%</p> |
| 20 | PELAYANAN LAUNDRY | <p>1. Tidak adanya kejadian linen hilang</p> <p>2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap</p> | <p>1. 100%</p> <p>2. 100%</p> |
| 21 | PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) | <p>1. Ada anggota tim PPI yang terlatih</p> <p>2. Tersedia APD di setiap instalasi/departemen</p> <p>3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)</p> | <p>1. $\geq 75\%$</p> <p>2. $\geq 60\%$</p> <p>3. $\geq 75\%$</p> |

BAB IV

PENUTUP

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan karunia-Nya yang telah diberikan sehingga Tim Penyusun SPM dapat menyelesaikan Pedoman Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin Kabupaten Tebo Tahun 2017.

Dokumen SPM ini disusun sebagai syarat institusi pemerintah yang akan menjadi BLU (Badan Layanan Umum), yang berarti bahwa pemerintah memberikan kelonggaran dan jalan keluar bagi institusi pelayanan publik pemerintah agar bisa melakukan bisnis secara sehat dan berdampak pada meningkatnya mutu pelayanan.

Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin Kabupaten Tebo merupakan pelayanan publik pemerintah yang mempunyai tanggung jawab dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Tebo. Pelaksanaan tanggungjawab pelayanan terhadap masyarakat tertuang dalam pedoman Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Thaha Saifuddin kabupaten Tebo.

SPM ini tersusun atas bantuan dan dukungan dari berbagai pihak untuk itu dalam kesempatan ini tim penyusun mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Seluruh Kepala Instalasi dan Kepala Ruangan atas partisipasinya
2. Tim Standar Pelayanan Minimal, atas waktu yang telah diluangkan demi tersusunnya SPM;
3. Semua pihak yang telah membantu terselesainya penyusunan Pedoman SPM ini.

Tim penyusun menyadari bahwa dalam penyusunan Pedoman Standar Pelayanan Minimal ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran dari para pembaca sangat kami harapkan.

BAB V
LAMPIRAN

1. SPM PELAYANAN GAWAT DARURAT

1.1. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

| <i>Dimensi Mutu</i> | <i>Keterjangkauan</i> |
|---------------------------------|--|
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 jam disetiap 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 |

1.1.1. 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 Gawat Darurat |

1.3 . Kecepatan Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektifitas |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayananan 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 disampling secara acak sampai dilayani dokter |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n=50) |
| Sumber data | Sample |
| Standar | 5 menit terlayani setelah datang |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Gawat darurat |

1.2. 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 disurvei |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (minimal n=50) |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 70% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Gawat Darurat |

1.5 Kematian Pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat

| | |
|---------------------------------|--|
| Dimensi Mutu | Efektifitas dan keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat |
| Definisi Operasional | Kematian \leq 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang meninggal dalam periode \leq 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 Teknis |
|---------------------------------|---|
| Tujuan | Tersedianya pelayanan poliklinik oleh tenaga spesialis yang kompeten |
| Definisi Operasional | Poliklinik spesialis adalah poliklinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 Bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah hari buka poliklinik spesialis dalam 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 jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit |
| Definisi Operasional | Jam buka pelayanan rawat jalan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka 08.00 s/d 12.00 wib setiap hari kerja kecuali jum'at (08.00 s/d 11.00 wib). |
| 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 rumah sakit |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu tanpa tindakan adalah waktu yang diperlukan oleh pasien mulai pendaftaran sampai mendapatlan 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 Bedah 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 Kulit dan Kelamin 7. Poli Bedah |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 Bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan dengan tindakan yang di survey |
| 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 kenyamanan pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei |
| 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 teknis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi Operasional | Pemberi pelayanan rawat inap oleh 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 penanggung jawab ruang rawat inap

| | |
|---------------------------------|--|
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis, 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 penanggung jawab pasien rawat inap

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Peningkatan pelayanan pasien di ruang rawat |
| Definisi Operasional | Dokter yang merawat masing-masing pasien di ruang rawat inap |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 Bulan |
| Periode Analisa | 6 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien dalam 1 bulan yang dirawat oleh 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 Dokter penanggung jawab pasien 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(istirahat) 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 Jumlah Visite Dokter

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Akses, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya 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 di survey |
| Denominator | Jumlah pelaksanaan visite dokter yang di survey |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala ruangan rawat inap, koordinator rawat inap/komite medik |

3.6 Kejadian Infeksi Nosokomial

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Keselamatan, Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya mutu dan profesionalisme pelayanan keperawatan |
| Definisi Operasional | Infeksi nosokomial adalah infeksi yang bakterinya dari RS, dengan tanda klinik timbul 3x24 jam sejak pasien dirawat, dimana pada waktu dirawat, |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 Bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang mengalami infeksi nosokomial dalam 1 (satu) bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien dirawat selama 1 bulan |
| Sumber data | Rekam Medik |
| Standar | 2 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Bidang keperawatan/Komite medis/Tim Dampak Lingkungan |

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 Analisa | 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 Medik |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Ruangan/Bidang Keperawatan |

3.8 Kematian Pasien < 48 jam

| | |
|---------------------------------|--|
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif |
| Definisi Operasional | Kematian pasien < 48 jam adalah kematian yang terjadi sebelum periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 Bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap < 48 jam dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang meninggal di unit rawat dalam 1 (satu) bulan |
| Sumber data | Rekam Medik |
| Standar | 0,24 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala ruangan/bidang keperawatan |

3.9 Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

| | |
|---------------------------------|--|
| Dimensi Mutu | Efektifitas, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit |
| Definisi Operasional | Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 Bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien pulang paksa dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam 1 (satu) bulan |
| Sumber data | Rekam Medik |
| Standar | Maksimum 5% |
| Penanggung jawab pengumpul data | 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 Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (minimal 30 orang) tiap ruangan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 90% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala ruangan, bidang keperawatan |

4. SPM RUANG OPERASI

4.1 Waktu Tunggu Operasi Efektif Sejak Pasien Rawat Inap

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu operasi efektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan \pm 2 hari |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 Bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan |
| Denominator | Jumlah pasien di ruang rawat inap dalam waktu 1 bulan |
| Sumber data | Rekam Medik |
| Standar | 2 hari |
| Penanggung jawab pengumpul data | Ketua Ruang Operasi / Komite medis |

4.2 Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya 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 Analisa | Tiap bulan dan sentinel event |
| Numerator | Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam 1 (satu) bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam 1 (satu) bulan |
| Sumber data | Rekam Medik |
| Standar | 0 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Ketua Ruang Operasi / Komite medis |

4.3 Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien |
| Definisi Operasional | Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 (satu) bulan dan sentinel event |
| Periode Analisa | 1 (satu) bulan dan sentinel event |
| Numerator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 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 Medik |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Ketua Ruang Operasi / Komite medis |

4.4 Tidak adanya kejadian operasi salah orang

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedahs sentral terhadap keselamatan pasien |
| Definisi Operasional | Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap bulan dan sentinel event |
| Periode Analisa | Tiap bulan dan sentinel event |
| Numerator | Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam 1 (satu) bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam 1 (satu) bulan |
| Sumber data | Rekam Medik |
| Standar | 0 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Ketua Ruang Operasi / Komite medis |

4.5 Tidak adanya kejadian salah tindakan 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 | Tiap bulan dan sentinel event |
| Periode Analisa | Tiap bulan dan sentinel event |
| Numerator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan |
| Sumber data | Rekam Medik |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Ketua Ruang Operasi / Komite medis |

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

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya 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 Analisa | 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 Medik |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Ketua Ruang Operasi / Komite medis |

4.7 Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah satu penempatan endotracheal tube

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya 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 Analisa | 1 bulan dan sentinel event |
| Numerator | Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam waktu 1 (satu) bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam 1 (satu) bulan |
| Sumber data | Rekam Medik |
| Standar | 0 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | 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 | <p>Kematian ibu mencakup : perdarahan dan pre eklamsia, dan eklamsia. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre -eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester pertama, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none">• Tekanan darah sistolik 140 mmHg dan diastolik 90 mmHg• Protein Uria > 5,3 gr/24 jam +1 pada pemeriksaan kualitatif• Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre eklampsia dan eklampsia |
| Denominator | Jumlah pasien-pasien persalianan dengan perdarahan, pre-eklampsia dan eklampsia |
| Sumber data | Rekam Medik Rumah Sakit |
| Standar | Perdarahan < 1 %, pre-eklampsia < 1,5% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala ruang bersalin dan komite medis |

5.2 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 dan bidan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga dokter SpOG dan bidan |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga dokter SpOG dan bidan yang melayani persalinan normal |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Ketua Ruang Bersalin / Komite medis |

5.3 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
|---------------------------------|--|
| Tujuan | Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi Operasional | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah dokter SpOG Penyulit dalam persalinan meliputi : <ol style="list-style-type: none">1. Kehamilan ganda2. Letak sungsang3. Seksio cesaria |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga dokter yang melayani persalinan dengan penyulit |
| Denominator | Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam 1 (satu) bulan |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala ruang bersalin dan komite medis |

5.4 Pemberi Pelayanan Persalina dengan Tindakan Operasi

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi Operasional | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter SpOG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah tenaga dokter SpOG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi |
| Sumber data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Ketua Ruang Bersalin / Komite medis |

5.5 Kemampuan menangani BBLR \leq 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 \leq 2.500 gr |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah BBLR \leq 2.500 gr yang berhasil ditangani |
| Denominator | Jumlah seluruh BBLR \leq 2.500 gr yang ditangani |
| Sumber data | Rekam Medik |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Ketua Ruang bersalin / 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 Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan |
| Sumber data | Rekam Medik |
| Standar | 20 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala ruang bersalin dan bidang keperawatan |

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 Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 80 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | 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 Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan |
| Sumber data | Rekam Medik |
| Standar | Maksimum 3% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala IGD 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 diekspertesi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 Bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut |
| Sumber data | Rekam Medik |
| Standar | Maksimum 3 jam |
| Penanggung jawab pengumpul data | 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 Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam Persen) |
| Denominator | Jumlah total pasien yang di survey (n minimal 50) |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 80% |
| Penanggung jawab pengumpul data | 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 Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan |
| Sumber data | Register radiologi |
| Standar | Maksimal 2% |
| Penanggung jawab pengumpul data | 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 diambil darah/ di <i>sampling</i> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 Bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium yang disurvei dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Sumber data | Survey |
| Standar | Maksimal 60 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Laboratorium |

8.2 Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|---------------------------------|--|
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketelitian pelayanan Laboratorium |
| Definisi Operasional | Waktu penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang yang disebabkan oleh kemiripan nama |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 Bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut |
| Sumber data | Rekam medis |
| Standar | 90% |
| Penanggung jawab pengumpul data | 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 Analisa | 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 pengumpul data | 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 terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 bulan |
| Periode Analisa | 6 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan |
| Denominator | jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan |
| Sumber data | Rekam medik |
| Standar | Maksimal 50% |
| Penanggung jawab pengumpul data | 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 medik meliputi : Traksi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 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 medik |
| Standar | Maksimal 50% |
| Penanggung jawab pengumpul data | 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 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 bulan |
| Denominator | jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 15 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Farmasi |

10.2 Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan 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 racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Denominator | jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 30 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Farmasi |

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 : <ol style="list-style-type: none">1. Salah dalam memberikan jenis obat2. Salah dalam memberikan dosis3. Salah dalam menyerahkan obat4. Salah jumlah5. Salah dalam membaca resep |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien pada 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 pengumpul data | 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 jadwal yang telah ditentukan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien rawat inap yang disurvey yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvey |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 90% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gizi/Kepala instalasi rawat inap |

11.2 Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

| | |
|---------------------------------|--|
| Dimensi Mutu | Efektifitas dan Efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas dan efisien pelayanan instalasi gizi |
| Definisi Operasional | Sisa makanan adalah proporsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif proporsi sisa makanan dari yang disurvei dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 20% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gizi/kepala instalasi rawat inap |

11.3 Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Keamanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi |
| Definisi Operasional | Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Sumber data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi gizi/kepala instalasi rawat inap |

12. SPM PELAYANAN GAKIN

**12.1 Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke Rumah Sakit
Pada setiap unit pelayanan**

| | |
|---------------------------------|--|
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin |
| Definisi Operasional | Keluarga miskin adalah keluarga yang berobat di rumah sakit dengan menggunakan kartu Jamkesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan |
| Denominator | jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan |
| Sumber data | Registrasi pasien |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | 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 \leq 24 jam setelah selesai pelayanan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap |
| Denominator | Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan |
| Sumber data | Ceklist kelengkapan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | 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 | <i>Informed consent</i> adalah pernyataan persetujuan tindakan antara pasien dengan petugas Rumah Sakit (medis, perawat) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 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 |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi rekam medik |

13.3 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 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | tiap bulan |
| Periode Analisa | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat jalan yang diamati |
| Denominator | Total penyediaan rekam medis yang diamati |
| Sumber data | Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan |
| Standar | Rerata 10 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi rekam medik |

13.4 Waktu penyediaan dokumen Rekam Medik pelayanan rawat inap

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Efektifitas, kenyamanan dan 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 tersedia di bangsal pasien |
| Frekuensi Pengumpulan Data | tiap bulan |
| Periode Analisa | 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 survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat inap |
| Standar | Rerata 15 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi rekam medik |

14. SPM PENGOLAH LIMBAH DAN IPSRS

14.1 Baku mutu limbah cair

| | |
|---------------------------------|---|
| 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 : <ol style="list-style-type: none">1. Sisa jarum suntik2. Sisa ampul3. Kasa bekas4. Sisa jaringan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai standar operating prosedur yang diamati |
| Denominator | Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati |
| Sumber data | Hasil pengamatan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala IPRS / Kepala K3 RS |

15. SPM ADMINISTRASI MANAJEMEN

15.1 Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

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

15.2 Kelengkapan laporan akuntabilitas/kinerja

| | |
|---------------------------------|--|
| Dimensi Mutu | Efektifitas , efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan |
| Definisi Operasional | Akuntabilitas adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 tahun |
| Periode Analisa | 1 tahun |
| Numerator | Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun |
| Sumber data | Bagian Tata Usaha |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Direktur Rumah Sakit |

15.3 Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

| | |
|---------------------------------|--|
| Dimensi Mutu | Efektifitas, 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 Analisa | Satu tahun |
| Numerator | Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan keumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun |
| Sumber data | Sub Bagian Kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Bagian Tata Usaha |

15.4 Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

| | |
|---------------------------------|--|
| Dimensi Mutu | Efektifitas, 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 Analisa | 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 Bagian Kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala 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 Analisa | Satu tahun |
| Numerator | Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun |
| Denominator | Jumlah seluruh karyawan rumah sakit |
| Sumber data | Sub Bagian Kepegawaian |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Bagian Tata Usaha |

15.6 Kecepatan waktu menanggapi permintaan barang kurang/sama Menit

| | |
|---------------------------------|--|
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam penyediaan barang 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 Analisa | 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 pengumpul data | Kepala IPRS |

15.7 Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

| | |
|------------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Efektifitas, 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 Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 25 menit dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan |
| Sumber data | Catatan laporan kerusakan alat |
| Standar | 80% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala IPRS |

15.8 Ketepatan waktu pemeliharaan alat

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya ketepatan dan ketenagaan dalam pemeliharaan |
| Definisi Operasional | Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (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 pengumpul data | Kepala IPRS |

15.9 Cost Recovery

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisiensi |
| 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 Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan |
| Sumber data | Sub Bagian Keuangan |
| Standar | 40% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Bagian Tata Usaha |

15.10 Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

| Dimensi Mutu | Efektifitas |
|---------------------------------|---|
| 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 Analisa | 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 Bagian Keuangan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Bagian Tata Usaha |

15.10 Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien Rawat inap

| | |
|---------------------------------|--|
| Dimensi Mutu | Efektifitas, 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 satu bulan |
| Periode Analisa | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan |
| Sumber data | Hasil pengamatan |
| Standar | Maksimal 2 jam |
| Penanggung jawab pengumpul data | Bagian Keuangan |

16 SPM AMBULANCE / KERETA JENAZAH

16.1 Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit

| | |
|---------------------------------|--|
| Dimensi Mutu | Kenyamanan dan keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah |
| Definisi Operasional | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/kelurga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 menit |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| 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 |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Komite mutu |

17 SPM PEMULASARAN/KAMAR JENAZAH

17.1 Kecepatan pelayanan pemulasaran jenazah

| | |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah |
| Definisi Operasional | Waktu pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan |
| Denominator | Total pasien yang diamati dalam satu tahun |
| Sumber data | Hasil pengamatan |
| Standar | 2 jam |
| Penanggung jawab pengumpul data | Komite mutu |



17 SPM PEMULASARAN/KAMAR JENAZAH

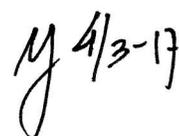
17.1 Kecepatan pelayanan pemulasaran jenazah

| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
|---------------------------------|---|
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah |
| Definisi Operasional | Waktu pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan |
| Periode Analisa | 3 bulan |
| Numerator | Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan |
| Denominator | Total pasien yang diamati dalam satu tahun |
| Sumber data | Hasil pengamatan |
| Standar | 2 jam |
| Penanggung jawab pengumpul data | Komite mutu |

| | |
|----------------------|---------|
| TELAH DI TELITI OLEH | |
| DIREKTUR | |
| KABAG UMUM | 28/2-17 |


AGUS SUNARYO
28/2-17

Pj. BUPATI TEBO


AGUS SUNARYO