SALINAN

BUPATI SINJAI
PROVINSI SULAWESI SELATAN

PERATURAN BUPATI SINJAI
NOMOR 51 TAHUN 2018

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
TAHUN 2019-2023

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI SINJAI,

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata bermutu dan terjangkau bagi masyarakat, maka diperlukan adanya Standar Pelayanan Minimal sebagai upaya memberikan jaminan adanya kepastian pelayanan kesehatan rumah sakit yang diterima oleh masyarakat;

b. bahwa Standar Pelayanan Minimal rumah sakit telah ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008, sebagai pedoman untuk menentukan tolak ukur kinerja pelayanan kesehatan rumah sakit yang diselenggarakan Daerah;

c. bahwa Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah yang ditetapkan dengan Peraturan Bupati Nomor 48 Tahun 2015 perlu ditinjau kembali dengan menyesuaikan Rencana Strategis Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sinjai Tahun 2018-2023;

d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Tahun 2019-2023;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Sulawesi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1822);

2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234);

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 diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

6. Undang-Undang Nomor 30 Tahun 2014 tentang Administrasi Pemerintahan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 292, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5601);

7. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);

8. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);

9. 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);

10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;

11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512 Tahun 2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;

12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis;

13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036);

14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

15. Peraturan Daerah Nomor 16 Tahun 2007 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sinjai (Lembaran Daerah Kabupaten Sinjai Tahun 2007 Nomor 16);

16. Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2013 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Daerah Kabupaten Sinjai Tahun 2013 Nomor 3, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Sinjai Nomor 45);

17. Keputusan Bupati Nomor 429 Tahun 2011 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Sinjai Untuk Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;

18. Keputusan Bupati Nomor 453 Tahun 2012 tentang Pemberian Izin Operasional Kepada Rumah Sakit Umum Daerah Sinjai;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TAHUN 2019-2023.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:
1. Daerah adalah Kabupaten Sinjai.
2. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan dewan perwakilan rakyat daerah menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
3. Pemerintah Daerah adalah Bupati sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
4. Bupati adalah Bupati Sinjai.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sinjai.
6. Direktur adalah Direktur RSUD.
7. Srandar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan Pemerintahan wajib yang berhak diperoeh setiap Warga Negara secara minimal.
8. Indikator SPM adalah tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian SPM, berupa masukan, proses, keluaran, hasil dan/atau manfaat pelayanan dasar.

9. Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
10. Defenisi operasional adalah penjelasan dan pengertian tiap-tiap indikator.
11. Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
12. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
13. Pembilang adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
14. Penyebut adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
15. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II
TUJUAN

Pasal 2

Tujuan Peraturan Bupati ini untuk meningkatkan mutu pelayanan melalui pengukuran kinerja berdasarkan indikator SPM pada seluruh jenis pelayanan di RSUD.

BAB III
RUANG LINGKUP

Pasal 3

Ruang lingkup Peraturan Bupati ini:
a. Manajemen;
b. Pelayanan Klinis;
c. Penunjang Klinis dan Non Klinis; dan
d. Apabila dikemudian hari terdapat penambahan jenis pelayanan baik rawat inap maupun rawat jalan maka akan dilakukan pengukuran kinerja dengan mengikut pada indikator SPM rawat jalan dan rawat inap sebagaimana pada lampiran peraturan ini yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan.

Pasal 4

(1) SPM RSUD meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja RSUD.

(2) Jenis pelayanan RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
   a. pelayanan gawat darurat;
   b. pelayanan rawat jalan;
   c. pelayanan rawat inap;
   d. pelayanan bedah;
   e. pelayanan persalinan dan perinatologi;
   f. pelayanan intensif;
   g. pelayanan radiologi;
   h. pelayanan laboratorium patologi klinik;
   i. pelayanan rehabilitasi medik;
   j. pelayanan farmasi;
   k. pelayanan gizi;
   l. pelayanan transfusi darah;
   m. pelayanan keluarga miskin;
   n. pelayanan rekam medis;

o. pengelolaan limbah;
p. pelayanan administrasi manajemen;
q. pelayanan ambulans/kereta jenazah;
r. pelayanan pemulasaran jenazah;
s. pelayanan laundry;
t. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
u. pencegahan dan pengendalian infeksi.

(3) Uraian Profil Indikator SPM RSUD sebagaimana dimaksud pada ayat (2) tercantum dalam Lampiran I yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
TARGET PENCAPAIAN

Pasal 5

(1) Target pencapaian SPM RSUD ditetapkan setiap tahun selama 5 (lima) tahun.

(2) Target pencapaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengacu pada ketentuan peraturan perundang- undangan.

(3) Format pengumpulan data kinerja setiap bulan dalam setahun tercantum dalam Lampiran II yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB V
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 6

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Sinjai
pada tanggal 26 Desember 2018

BUPATI SINJAI,

ttd

ANDI SETO GADHISTA ASAPA

Diundangkan di Sinjai
pada tanggal 21 Desember 2018

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN SINJAI,

ttd

AKBAR

BERITA DAERAH KABUPATEN SINJAI TAHUN 2018 NOMOR 51

Salinan Sesuai Dengan Aslinya
Kepala Bagian Hukum dan HAM

LUKMAN DAHLAN, S. IP., M. Si
Pangkat: Pembina Tk.I

LAMPIRAN I
PERATURAN BUPATI SINJAI
NOMOR 51 TAHUN 2018
TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TAHUN 2019–2023

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN SINJAI

A. PENDAHULUAN

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, kesehatan merupakan salah satu urusan Pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Daerah Kabupaten dan Daerah Kota. Ini berarti bahwa dalam rangka otonomi Daerah dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat wilayah.

Bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

Dengan telah diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/XII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, yang ditindaklanjuti dengan Peraturan Bupati Nomor 48 tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sinjai Tahun 2014 – 2018, namun target pencapaian dalam SPM RSUD Sinjai tersebut perlu direview dengan menyesuaikan RENSTRA RSUD Sinjai tahun 2018 sampai dengan 2023 dan ditetapkan dengan Peraturan Bupati.

Penetapan Standar Pelayanan Minimal RSUD Sinjai tersebut harus didasarkan pada kemampuan sarana dan prasarana yang dimiliki, kemampuan masyarakat serta kemampuan pembiayaannya.

Berdasarkan pertimbangan tersebut diatas, maka diperlukan penetapan Standar Pelayanan Minimal RSUD Sinjai dalam Peraturan Bupati sebagai landasan Hukum Pelaksanaan dalam mewujudkan mutu pelayanan kesehatan yang lebih terbuka (transparan) dan lebih bertanggungjawab (akuntabel) serta pengendalian dan pengawasan.

B. TUJUAN

Standar Pelayanan Minimal RSUD Sinjai bertujuan untuk :

1. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia untuk dapat memberikan layanan paripurna.
2. Meningkatkan pemberdayaan sumber daya manusia untuk dapat meningkatkan kepuasan pelanggan.
3. Meningkatkan sarana dan prasarana RSUD agar dapat memberikan peningkatan pelayanan kesehatan.

C. PENGERTIAN

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sinjai adalah standar pelayanan berdasarkan kewenangan yang telah diserahkan, yang harus dilaksanakan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sinjai dalam penyelenggaraan pemerintahan serta sebagai instrumen pembinaan dan pengawasan Pemerintah Kabupaten Sinjai kepada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sinjai.

D. DASAR HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4389);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 32);
4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 44);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5587) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2014 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 246, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5589);
6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
7. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
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 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
10. Keputusan Presiden Nomor 40 Tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512 Tahun 2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374 tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
17. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 2 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintah yang Menjadi Kewenangan Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2008 Nomor 2, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 235);

18. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 10 Tahun 2008 tentang Rencana Pembangunan Jangka PanjangProvinsi Sulawesi Selatan Tahun 2008 – 2028;

E. STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN SINJAI

1. Standar Pelayanan Rumah Sakit Daerah adalah 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.
2. Indikator adalah merupakan variabel ukuran atau tolok ukur yang dapat menunjukkan indikasi-indikasi terjadinya perubahan tertentu. Untuk mengukur kinerja rumah sakit ada beberapa indikator, yaitu:
   a. input, yang dapat mengukur bahan, alat, system, prosedur atau orang yang memberikan pelayanan misalnya jumlah dokter, kelengkapan alat, prosedur tetap dan lain-lain;
   b. proses, yang dapat mengukur perubahan pada saat pelayanan misalnya kecepatan pelayanan, ketetapan pelayanan, pelayanan yang ramah dan lain-lain;
   c. output, yang dapat menjadi tolok ukur hasil yang dicapai, misalnya jumlah yang dilayani, jumlah pasien yang dioperasi, kebersihan lingkungan.
   d. outcome, yang dapat menjadi tolok ukur dan merupakan dampak dari hasil pelayanan, misalnya keluhan pasien yang merasa tidak puas terhadap pelayanan dan lain-lain;
   e. benefit, adalah tolok ukur dari keuntungan yang diperoleh pihak rumah sakit maupun penerima pelayanan atau pasien, misalnya biaya pelayanan yang lebih murah, peningkatan pendapatan rumah sakit;
   f. impact, adalah tolok ukur dampak pada lingkungan atau masyarakat luas misalnya angka kematian ibu dan bayi yang menurun, meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, meningkatkatnya kesejahteraan karyawan;
3. Indikator Kinerja :

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
1.	Gawat Darurat	1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100 %
		2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24 Jam
		3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS /ALS	100 %
		4. Ketersediaan Tim penanggulangan bencana	Satu Tim
		5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang
		6. Kepuasan Pelanggan	≥ 70 %
		7. Kematian pasien< 24 Jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)

		8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
2.	Rawat jalan	1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 % Dokter Spesialis
		2. Ketersediaan Pelayanan	a. Klinik Anak b. Klimik Penyakit Dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Bedah
		3. Jam buka pelayanan	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00
		4. Waktu tunggu di rawat jalan	≤ 60 menit
		5. Kepuasan Pelanggan	≥ 90 %
		6. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	a. ≥ 60 %
		b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b. ≤ 60 %

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
3.	Rawat Inap	1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap	a. Dokter Spesialis b. Perawat minimal Pendidikan D3
		2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidan d. Bedah
		4. Jam Visite Dokter Spesialis	08.00 s/d 14.0 setiap hari kerja
		5. Kejadian infeksi pasca operasi	≤ 1,5 %
		6. Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %
		7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	100 %
		8. Kematian pasien > 48 jam	≤ 0.24 %
		9. Kejadian pulang paksa	≤ 5 %
		10. Kepuasan pelanggan	≥ 90 %

		11. Rawat Inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksana kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	 a. ≥ 60 % b. ≥ 60 %
4.	Bedah Sentral	1. Waktu tunggu operasi elektif 2. Kejadian Kematian di meja operasi 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi 7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	≤ 2 hari ≤ 1 % 100 % 100 % 100 % ≤ 6 %

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
5.	Persalinan, Perinatologi (kecuali rumah sakit khusus di luar rumah sakit ibu dan anak) dan KB	1. Kejadian kematian ibu karena persalinan	a. Perdarahan ≤ 1 % b. Pre-eklampsia ≤ 30 % c. Sepsis ≤ 0,2 %
		2. Pemberi pelayanan persalinan normal	a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan
		3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tim PONEK yang terlatih
		4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An
		5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr	100 %
		6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤ 20 %

		7. Keluarga Berencana a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr.Sp.Og, dr.Sp.B, dr.Sp.U, dr. umum terlatih b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih 8. Kepuasan Pelanggan	100 % ≥ 80 %
6.	Intensif	1. Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam 2. Pemberi Pelayanan Unit Intensif	≤ 3 % a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
7.	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. Pelaksana ekspertisi 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen 4. Kepuasan pelanggan	≤ 3 jam Dokter Sp.Rad Kerusakan foto ≤ 2 % ≥ 80 %
8.	Lab. Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 2. Pelaksana ekspertisi 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan	≤ 140 menit Kimia darah & darah rutin Dokter Sp.PK 100 % ≥ 80 %
9.	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medic 3. Kepuasan Pelanggan	≤ 50 % 100 % ≥ 80 %

10.	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Racikan 2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan pelanggan 4. Penulisan resep sesuai formularium	a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit 100 % ≥ 80 % 100 %
11.	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	≥ 90 % ≤ 20 % 100 %
12	Transfusi Darah	1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2. Kejadian Reaksi transfuse	100 % terpenuhi ≤ 0,01 %
13	Pelayanan Gakin	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 % terlayani

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
14	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	100 % 100 % ≤ 10 menit ≤ 15 menit
15	Pengelolaan Limbah	1. Baku mutu limbah cair 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9 100 %
16	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 % 100 % 100 %

		4. Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala	100 %
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	≥ 60 %
		6. Cost recovery	≥ 40 %
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤ 2 jam
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100 %
17	Ambulance/Kereta Jenazah	1. Waktu pelayanan ambulance /Kereta jenazah	24 jam
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / Kereta jenazah di rumah sakit	≤ 30 menit
		3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan	(?) Sesuai ketentuan daerah
18	Pemulasaraan Jenazah	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤ 2 Jam

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR	STANDAR
19	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	≤ 80 %
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100 %
		3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %
20	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %
21	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %

		2. Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	60 % 75 %

F. PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal RSUD merupakan pedoman bagi RSUD Kabupaten Sinjai dalam menyelenggarakan pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan sesuai dengan kewenangannya di bidang kesehatan.

URAIAN PROFIL INDIKATOR STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan Menangani Life Saving Di Gawat Darurat

Judul	**Kemampuan Menangani *Life Saving* di Gawat Darurat**
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat
Definisi Operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan *Airway, Breath, Circulation*
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Unit Gawat Darurat
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Pengukur Kinerja SPM IGD

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 Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Formula	N/D (Jam)
Sumber Data	Laporan Bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Pengukur Kinerja SPM IGD

3. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan Yang Bersertifikat Bls/Ppgd/Gels/Als

Judul	**Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS**
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 sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS yang masih berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Formula	N/D x 100%
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Seksi Peningkatan SDM/ Tim Pengukur Kinerja SPM IGD

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	**Ketersediaan Tim Penanggulanagan Bencana**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	satu tim (1 tim)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Pengukur Kinerja SPM IGD

5. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Di Gawat Darurat

Judul	**Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat

Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat adalah rata-rata waktu respon/kecepatan dokter melayani pasien yang masuk dihitung sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani oleh dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (*minimal n = 50*)
Sumber Data	Sampel
Formula	N/D (menit)
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Pengukur Kinerja SPM IGD

6. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	**Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat**
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Secara Periodik
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	-
Denominator	-
Sumber Data	Survei IKM yang dilaksanakan oleh Tim internal bekerja sama dengan Pemerintah Daerah.
Standar	≥ 70 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Tim Survey Kepuasan Pelanggan Rumah Sakit

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 ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode kurang atau sama dengan 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	≤ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Pengukur Kinerja SPM IGD

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	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Pengukur Kinerja SPM IGD

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi Pelayanan Di Klinik Spesialis

Judul	**Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis**
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan). Pemberi pelayanan di klinik spesialis adalah jumlah hari buka klinik spesialis dimana yang menangani pasien adalah dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis.

Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan / Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Jalan

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	**Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan**
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya ketersediaan jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan rawat jalan adalah tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal spesialis anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (4 dasar)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan / Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Jalan

3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	**Buka Pelayanan sesuai Ketentuan**
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis jam buka pukul 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali hari Jumat buka pukul 08.00 – 11.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam bulan tersebut
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan / Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Jalan

4. Waktu Tunggu Rawat Jalan

Judul	**Waktu Tunggu di Rawat Jalan**
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah rata-rata waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei.
Formula	N/D (menit)
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/ Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Jalan

5. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

Judul	**Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan**
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan puas pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	-
Denominator	-
Sumber Data	Survei IKM yang dilaksanakan oleh Tim internal bekerja sama dengan Pemerintah Daerah.
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Tim survey kepuasan pelanggan rumah sakit

6. Pasien Rawat Jalan Tuberculosis Yang Ditangani Dengan Strategi Dots

Judul	**Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis yang ditangani dengan Strategi DOTS**
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasein tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis,

	pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis (OAT) yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 3 bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Jalan / Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

Judul	**Pemberi Pelayanan Rawat Inap**
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Inap

2. Dokter Penanggungjawab Pasien Rawat Inap

Judul	**Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap**
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam bulan tersebut
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap /Tim Pengukur Kinerja SPM 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	Setiap 3 bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Tim Pengukur Kinerja SPM 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 atau dokter umum yang telah diberi wewenang setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan

Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvey
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvey
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Inap

5. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	**Kejadian Infeksi Pasca Operasi**
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar.
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi pada bulan tersebut
Sumber Data	Laporan survailance/rekam medik
Formula	N/d x 100%
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Inap.

6. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

6a. Infeksi Saluran Kencing (ISK)

Judul	**Angka kejadian Infeksi Saluran Kencing (ISK)**
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit untuk ISK
Definisi Operasional	infeksi yang terjadi pada saluran kemih murni (uretra dan permukaan saluran kemih) ISK yaitu infeksi akibat pemakaian/pemasangan kateter urine menetap setelah 48 jam pemakaian alat
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan

Numerator	Jumlah kasus ISK akibat pemakian alat kateter urine
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian alat.
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Laporan survailance
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Inap

6b. Ventilator Aquaired Pneumoni (VAP)

Judul	**Angka Kejadian VAP**
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi saluran nafas bawah yang mengenai parenkim paru yang terjadi akibat pemakaian/pemasangan ventilasi mekanik (ventilator) lebih dari 48 jam dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran nafas. Alat yang digunakan pasien adalah alat yang dipasang di RSUD Sinjai.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kasus VAP
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian alat.
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Laporan survailance
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Inap

6c. Hospital Aquaired Pneumoni (HAP)

Judul	**Angka Kejadian HAP**
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi saluran nafas bawah yang mengenai parenkim paru yang terjadi setelah pasien dirawat lebih dari 48 jam akibat tirah baring tanpa dilakukan intubasi dan sebelumnya tidak menderita infeksi saluran nafas bawah.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kasus HAP
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian alat.
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Laporan survailance
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Inap

6d. Dekubitus

Judul	**Angka Kejadian Dekubitus**
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi akibat luka tekan disebabkan adanya kompresi jaringan lunak diatas tulang yang menonjol yang terjadi setelah pasien dirawat lebih dari 48 jam akibat tirah baring selama di rawat di RSUD Sinjai
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kasus Dekubitus
Denominator	Jumlah lama hari perawatan tirah baring
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Laporan survailance
Standar	0,01 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Inap

6e. Plebitis

Judul	**Angka Kejadian Plebitis**
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	infeksi pada pemasangan alat Intra Arteri atau Intra Vena Line setelah 48 jam pemakaian alat. Alat yang digunakan pasien adalah alat yang dipasang di RSUD Sinjai.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kasus Plebitis
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian alat
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Laporan survailance
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Inap

7. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian

Judul	**Tidak adanya Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/Kematian**
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan rumah sakit yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat pada bulan tersebut
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Inap

8. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	**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 sesudah periode 48 jam setelah pasien masuk rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap >48 jam
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap pada bulan tersebut
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 0,24 % ≤ 2,4/1000 (internasional) (NDR ≤ 25/1000, Indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Inap

9. Kejadian Pulang Paksa

Judul	**Kejadian Pulang Atas Permintaan Sendiri**
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilain pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang atas permintaan sendiri adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter penanggung jawab pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang pulang atas permintaan sendiri

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	≤ 5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Inap

10. 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	Setiap bulan
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	-
Denominator	-
Sumber Data	Survei IKM yang dilaksanakan oleh Tim internal bekerja sama dengan Pemerintah Daerah.
Standar	≥ 90 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Tim survei kepuasan pelanggan rumah sakit

11. Pasien Rawat Inap Tuberculosis Yang Ditangani Dengan Strategi Dots

Judul	**Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang ditangani dengan Strategi DOTS**
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasein tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up, pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 3 bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap / Tim Pengukur Kinerja SPM Rawat Inap

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	**Waktu Tunggu Operasi Elektif**
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Kamar Operasi/Tim Pengukur Kinerja SPM Kamar Operasi

2. Kejadian Kematian Dimeja Operasi

Judul	**Kejadian Kematian di Meja Operasi**
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Setiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Kamar Operasi/ Tim Pengukur Kinerja SPM Kamar Operasi

3. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	**Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi**
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Kamar Operasi/ Tim Pengukur Kinerja SPM Kamar Operasi

4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	**Tidak adanya Kejadian Operasi Salah Orang**
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana tindakan operasi yang dilakukan pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dikurangi jumlah operasi salah orang
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Kamar Operasi/Tim Pengukur Kinerja SPM Kamar Operasi

5. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	**Tidak adanya Kejadian Salah Tindakan pada Operasi**
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan rencana tindakan operasi yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Kamar Operasi/Tim pengukur kinerja SPM Kamar Operasi

6. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

Judul	**Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing pada Tubuh Pasien Setelah Operasi**
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan upaya keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting dan peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Kamar Operasi/Tim pengukur kinerja SPM Kamar Operasi

7. Komplikasi Anastesi Karena Over Dosis, Reaksi Anastesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube

Judul	**Komplikasi Anastesi karena Over Dosis, Reaksi Anastesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube**
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi 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 anastesi
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 6 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Kamar Operasi/Tim pengukur kinerja SPM Kamar Operasi

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

1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	**Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan**
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi Operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : - Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik >110 mmHg - Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiapbulan
Periode Analisa	Setiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis (dihitung masing-masing jenis penyulit)
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan < 1% Pre-eklampsia < 30%, Sepsis < 0,2%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan / tim pengukur kinerja SPM Kebidanan dan Kandungan

2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	**Pemberi Pelayanan Persalinan Normal**
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp,OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 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.
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan / tim pengukur kinerja SPM Kebidanan dan Kandungan

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	**Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit**
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum, bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Kepegawaian dan rekam medis
Formula	N/D x 100%
Standar	Tersedia
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan / tim pengukur kinerja SPM Kebidanan dan Kandungan

4. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi

Judul	**Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi**
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Spesialis Kebidanan dan Kandungan (Sp.OG), dokter Spesialis Anak (Sp.A), dokter Spesialis Anastesi (Sp. An).
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan

Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan / tim pengukur kinerja SPM Kebidanan dan Kandungan

5. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	**Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr**
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr - 2500 gr Kemampuan menangani BBLR dapat diukur dengan kriteria bayi BBLR yang dirawat dapat bertahan hidup sampai keluar dari rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr - 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr - 2500 gr yang ditangani
Formula	N/D x 100%
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Perawatan Anak/tim pengukur kinerja SPM Perinatologi

6. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria

Judul	**Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Cesaria**
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria
Denominator	Jumlah seluruh persalinan pada bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≥ 20%

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan / tim pengukur kinerja SPM Kebidanan dan Kandungan

7a. Keluarga Berencana

Judul	**Keluarga Berencana Mantap**
Dimensi Mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia (MOP, MOW) dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber Data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan / tim pengukur kinerja SPM Kebidanan dan Kandungan.

7b. Konseling KB Mantap

Judul	**Keluarga Berencana 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	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber Data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Ruangan Kebidanan dan Kandungan / tim pengukur kinerja SPM Kebidanan dan Kandungan.

8. Kepuasan Pelanggan

Judul	**Kepuasan Pelanggan**
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan

Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	-
Denominator	-
Sumber Data	Survei IKM yang dilaksanakan oleh Tim internal bekerja sama dengan PEMDA dan Lembaga independen
Standar	≥ 80%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Tim Survey Kepuasan Pelanggan

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul	**Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam**
Dimensi Mutu	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	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif.
Sumber Data	Rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala ICU/Tim pengukur kinerja SPM ICU

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	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 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/ SDM

Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala ICU/Tim Pengukur Kinerja SPM ICU

VII. RADIOLOGI

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

Judul	**Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto**
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber Data	rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi/Tim Pengukur Kinerja SPM Radiologi

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan

Judul	**Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan**
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan ekspertisi 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 ekspertisi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diekspertisi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.
Sumber Data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi / Tim Pengukur kinerja SPM Radiologi

3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	**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	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Register radiologi
Standar	< 2 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Radiologi / Tim pengukur kinerja SPM Radiologi

4. Kepuasan Pelanggan

Judul	**Kepuasan Pelanggan**
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	-
Denominator	-
Sumber Data	Survei IKM yang dilaksanakan oleh Tim internal bekerja sama dengan Pemerintah Daerah.
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Tim Survei Kepuasan Pelanggan

VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	**Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium**
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan

Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvey
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	≤140 menit
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Laboratorium / Tim Pengukur kinerja SPM Laboratorium

2. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	**Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium**
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi Operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab. yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik
Denominator	Jumlah seluruh jenis pemeriksaan laboratorium dalam bulan tersebut.
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Laboratorium / Tim Pengukur kinerja SPM 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 orang yang salah.
Frekuensi Pengumpulan Data	setiap bulan
Periode Analisa	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100%

Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Laboratorium / tim pengukur kinerja SPM 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	Setiap bulan
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	-
Denominator	-
Sumber Data	Survei IKM yang dilaksanakan oleh Tim internal bekerja sama dengan Pemerintah Daerah.
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Tim survey kepuasan pelanggan

IX. REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan

Judul	**Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan.**
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out selama menjalani program 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik selama 3 bulan tersebut.
Sumber Data	Rekam medis
Standar	< 50%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Fisioterapi/ tim pengukur kinerja SPM Fisioterapi

2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik

Judul	**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 adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak

	sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang menerima tindakan rehabilitasi medik dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dilayani pada bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Fisioterapi/Tim pengukur kinerja SPM fisioterapi

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	**Kepuasan Pelanggan**
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitas medik.
Frekuensi Pengumpulan Data	Secara periodik
Periode Analisis	6 bulan sekali
Numerator	-
Denominator	-
Sumber Data	Survei IKM yang dilaksanakan oleh Tim internal bekerja sama dengan Pemerintah Daerah.
Standar	≥80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Tim survey kepuasan pelanggan

X. FARMASI

1a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

Judul	**Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi**
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah rata-rata tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvey
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Survey
Standar	30 menit
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Farmasi/ tim pengukur kinerja SPM Farmasi

1b. 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 rata-rata tenggang waktu yng digunakan mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvey
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Survey
Standar	60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Farmasi / tim pengukur kinerja SPM Farmasi.

2. 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	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey pada bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Farmasi/ tim pengukur kinerja SPM Farmasi/ Tim Patient Safety

3. Kepuasan Pelanggan

Judul	**Kepuasan Pelanggan**
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya Persepsi Pelanggan Terhadap Pelayanan Farmasi
Definisi Operasional	Kepuasan Pelanggan Adalah Pernyataan Puas Oleh Pelanggan Terhadap Pelayanan Farmasi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisis	6 bulan sekali

Numerator	-
Denominator	-
Sumber Data	Survei IKM yang dilaksanakan oleh Tim internal bekerja sama dengan Pemerintah Daerah.
Standar	≥80%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Tim Survey Kepuasan Pelanggan

4. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	**Penulisan Resep Sesuai Formularium**
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah *receipe* yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium
Denominator	Jumlah seluruh *receipe* yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Farmasi/ tim pengukur kinerja SPM Farmasi

XI. 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 Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan, pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu.
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	≥90%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gizi/Tim pengukur kinerja SPM Gizi

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	setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvey
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Survey
Standar	≤20%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gizi/Tim pengukur kinerja SPM Gizi.

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 Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvey dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet.
Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gizi/tim pengukur kinerja SPM Gizi.

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfuse

Judul	**Pemenuhan Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan Transfusi**
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan unit transfusi darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi Operasional	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelyanan transfusi adalah terpenuhinya seluruh permintaan darah oleh DPJP sesuai kebutuhan pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi.
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah pada bulan tersebut

Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala UTDRS/ Tim pengukur kinerja SPM UTDRS

2. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	**Kejadian Reaksi Transfusi**
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis dan UTDRS
Standar	<0,01%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala UTDRS/ tim pengukur kinerja SPM UTDRS

XIII. PELAYANAN GAKIN

1. 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	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Register pasien
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rekam Medik/ tim pengukur kinerja SPM pelayanan GAKIN

XIV. REKAM MEDIK

1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	**Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 jam Setelah Selesai Pelayanan**
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.

Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah seluruh rekam medik yang disurvei.
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rekam Medik/ tim pengukur kinerja SPM Rekam Medik.

2. Kelengkapan Informed Concent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas

Judul	**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 dilakukan.
Definisi Operasional	*Informed consent* adalah pernyataan persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik seperti operasi, anastesi, penggunaan darah dan tindakan serta pengobatan lain yang berisiko tinggi yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut. Kelengkapan *informed consent* adalah seluruh format *informed consent* terisi sesuai dengan kebijakaan dan panduan yang telah ditetapkan berupa identitas pasien dan atau keluarga pasien, identitaas petugas yang memberi penjelasan, dokter DPJP, saksi, lengkap nama terang dan tanda tangan, jenis tindakan, serta catatan –catatan lain yang penting terkait persetujuan tindakan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik yang dibuktikan dalam format *informed consent* yang lengkap.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	100%

Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rekam Medik/Tim Pengukur Kinerja SPM 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 adalah rata-rata waktu yang digunakan mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati pada bulan tersebut.
Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata < 10 menit
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rekam Medis/ tim pengukur kinerja SPM Rekam Medik.

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 rata-rata waktu yang digunakan mulai keluarga pasien melaporkan ke petugas sentral opname setelah diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiapbulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati

Sumber Data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat inap (sentral opname)
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rekam Medis/Tim Pengukur Kinerja SPM Rekam Medik.

XV. Pengolahan Limbah

1. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	**Baku Mutu Limbah Cair**
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 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	Jumlah item hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh item pemeriksaan limbah cair.
Sumber Data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala IPRS / Tim Pengukur Kinerja SPM IPSRS

2. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan

Judul	**Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan**
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang diamati yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional (kg)

Denominator	Jumlah total limbah padat yang diamati (kg)
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala IPSRS / Tim pengukur kinerja SPM IPSRS

XVI. Administrasi dan Manajemen

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 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	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam bulan tesebut
Sumber Data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Direktur/Tim Pengukur Kinerja SPM Administrasi Manajemen

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	**Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja**
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/ kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja sekali setahun.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun
Periode Analisis	1 tahun

Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal setiap akhir tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber Data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Direktur/Tim Pengukur Kinerja SPM Adimistrasi dan Manajemen

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 diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber Data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	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 gaji berkala
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan gaji berkala dalam periode tersebut.
Sumber Data	Sub Bagian Kepegawaian
Standar	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	Satu tahun
Periode Analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber Data	Seksi Peningkatan SDM dan Penyuluhan Kesehatan
Standar	≥60%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Seksi Peningkatan SDM/Tim Pengukur Kinerja SPM Administrasi dan Manajemen

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	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 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 Pengumpulan Data	Kepala Bagian Tata Usaha/Tim Pengukur Kinerja SPM Administrasi dan Menajemen

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	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan.
Sumber Data	Sub Bagian Keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Bagian Tata Usaha/Sub Bagian Keuangan

8. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	**Kecepatan waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap**
Dimensi Mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif rata-rata waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam bulan tersebut
Sumber Data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Sub 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 karyawan.
Definisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 3 bulan
Periode Analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan tanpa kelambatan pemberian insentif
Denominator	3
Sumber Data	Catatan di bagian keuangan

Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kasubag Keuangan

XVII. AMBULANCE/KERETA JENAZAH

1. Waktu Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah

Judul	**Waktu Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah**
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber Data	Penanggung jawab ambulance
Standar	24 jam
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Pengukur data SPM Ambulance di ruang Perawatan.

2. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah Di Rumah Sakit

Judul	**Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah di Rumah Sakit**
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu rata-rata 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	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu.
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Penanggungjawab data/ pengukur SPM ambulance/kereta jenazah di perawatan.

XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH

1. Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah

Judul	**Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaran Jenazah**
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah.
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber Data	Registrasi pemulasan jenazah
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Pemulasaran Jenazah

XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	**Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat**
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat.
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit.
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam bulan tersebut.
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala IPSRS / tim pengukur kinerja SPM IPSRS

2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	**Ketepatan 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	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap 3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam bulan tersebut
Sumber Data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala IPSRS

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

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

XX. 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 pelayanan laundry
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Laundry

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	**Ketepatan Waktu Penyediaan Linen untuk Ruang Rawat Inap**
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisis	Setiap bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan denganpenyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Tim pengukur kinerja SPM pelayanan laundry

XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

Judul	**Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih**
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap 3 bulan
Periode Analisis	Setiap 1 tahun
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah seluruh anggota Tim PPI
Sumber Data	Kepegawaian / seksi peningkatan SDM
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Ketua Komite PPI / tim pengukur kinerja SPM PPI

2. Koordinasi APD

Judul	**Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)**
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 yang seharusnya menyediakan APD
Sumber Data	Survey

Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Tim PPI / tim pengukur kinerja SPM PPI

3. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit

Judul	**Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit**
Dimensi Mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang seharusnya melaporkan
Sumber Data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Tim PPI RS / tim pengukur kinerja SPM PPI

Keterangan :
ILO : Infeksi Luka Operasi
ILI : Infeksi Luka Infus
VAP : Ventilator Associated Pneumonie
ISK : Infeksi Saluran Kemih

BUPATI SINJAI,

ANDI SETO GADHISTA ASAPA

LAMPIRAN II
PERATURAN BUPATI SINJAI
NOMOR TAHUN 2018
TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TAHUN 2019–2023

TARGET PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNTUK SETIAP PELAYANANRUMAH SAKIT UMUM DAERAH SINJAI

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		Standar Nasional	Target					PEMBILANG (NUMERATOR)	PENYEBUT (DENUMERATOR)	DEFENISI OPERASIONAL
					2019	2020	2021	2022	2023			
1	PELAYANAN GAWAT DARURAT	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan live saving di gawat darurat	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di unit gawat darurat	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan airway, breath, circulation
		2	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	24 Jam	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan	Jumlah hari dalam satu bulan	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
		3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS							Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS yang masih berlaku	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS

			a. Dokter	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %			
			b. Perawat	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %			
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1Tim	1Tim	1Tim	1Tim	1Tim	1 Tim	Jumlah tim penaggulangan bencana yang ada di rumah sakit	-	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di RS dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
		5	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat	≤5 Menit	≤5 Menit	≤5 Menit	≤5 Menit	≤5 Menit	≤5 Menit	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai ditangani dokter	Jumlah pasien yang disampling dalam satu bulan	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
		6	Kepuasan pelanggan pada gawat darurat	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvei	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan

		7	Kematian pasien < 24 jam di gawat darurat	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode < 24 jam sejak pasien dating	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien dating
		8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka	Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap biaya pelayanan
2	PELAYANAN RAWAT JALAN	1	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di RS yang dilayani oleh dokter spesialis
		2	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	4 jenis	4 jenis	4 jenis	4 jenis	4 jenis	4 jenis	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif	-	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di RS. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk RS khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari RS tersebut

		3	Jam buka pelayanan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan	Jumlah seluruh hari pelayanan rwat jalan spesialistik dalam satu bulan	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 buka pukul 08.00 – 11.00
		4	Waktu tunggu di rawat jalan	≤60 menit	≤60 menit	≤60 menit	≤60 menit	≤60 menit	≤60 menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis (menit
		5	Kepuasan Pelanggan	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
		6	Pasien rawat jalan TBC yang ditangani dengan strategi DOTS							Jumlah semua pasien rawat jalan TBC yang ditangani dengan strategi DOTS	Jumlah seluruh pasien rawat jalan TBC yang ditangani rumah sakit dalam waktu tiga bulan	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis

												nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional.
			a. Penegakan diagnosis melalui pemeriksaan mikroskopis	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %			

			b. Terlaksanany a pencatatan dan pelaporan TB di RS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %			
3	PELAYANAN RAWAT INAP	1	Pemberi pelayanan rawat inap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan kualifikasi	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan perawat yang kompeten (minimal D3
		2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
		3	Ketersediaan pelayanan rawat inap	4 jenis 100 %	4 jenis	4 jenis	4 jenis	4 jenis	4 jenis	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)	-	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan RS yang diberikan tirah baring di RS.

		4	Jam visite dokter spesialis	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 s.d. 14.00 yang disurvei	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei	Visite dokter spesialis adalah kunjungan kunjungan dokter spesialis atau dokter umum yang telah diberikan wewenang setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 s.d. 14.00
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	1,5%	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5%	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi pada bulan tersebut	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di RS yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (kolor), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3x24 jam

		6	Angka kejadian infeksi nosokomial								
			a. ISK	≤1,5 %	≤1, 5%	≤1, 5%	≤1, 5%	≤1, 5%	≤1,5 %		Infeksi yang terjadi pada saluran kemih murni (uretra dan permukaan saluran kemih) ISK yaitu infeksi akibat pemakaian/pemasangan kateter urine menetap setelah 48 jam pemakaian alat. Alat yang digunakan pasien adalah alat yang dipasang di RSUD Sinjai.
			b. VAP	≤3,8 %	≤3, 8%	≤3, 8%	≤3, 8%	≤3, 8%	≤3,8 %	Jumlah kasus VAP	Jumlah lama hari pemakaian alat	Infeksi saluran nafas bawah yang mengenai parenkim paru yang terjadi akibat pemakaian/pemasangan ventilasi mekanik (ventilator) lebih dari 48 jam dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran nafas. Alat yang digunakan pasien adalah alat

												yang dipasang di RSUD Sinjai.
			c. HAP	≤3,8 %	≤3, 8%	≤3, 8%	≤3, 8%	≤3, 8%	≤3,8 %	Jumlah kasus HAP	Jumlah lama hari perawatan tirah baring	infeksi saluran nafas bawah yang mengenai parenkim paru yang terjadi setelah pasien dirawat lebih dari 48 jam akibat tirah baring tanpa dilakukan intubasi dan sebelumnya tidak menderita infeksi saluran nafas bawah.
			d. Dekubitus	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Jumlah kasus plebitis	Jumlah lama hari perawatan tirah baring	Infeksi akibat luka tekan disebabkan adanya kompresi jaringan lunak diatas tulang yang menonjol yang terjadi setelah pasien dirawat lebih dari 48 jam akibat tirah baring selama di rawat di RSUD sinjai
			e. Plebitis	≤1,5 %	≤1, 5%	≤1, 5%	≤1, 5%	≤1, 5%	≤1,5 %	Jumlah kasus plebitis	Jumlah lama hari pemakaian alat	Infeksi pada pemasangan alat Intra Arteri atau Intra Vena Line

											setelah 48 jam pemakaian alat. Alat yang digunakan pasien adalah alat yang dipasang di RSUD Sinjai.
		7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/kematian	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat cacat atau kematian	Jumlah pasien dirawat pada bulan tersebut	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi dsb yang berakibat cacat atau kematian
		8	Kematian pasien > 48 jam	0,24 %	0,24%	0,24%	0,24%	0,24%	0,24 %	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien masuk RS
		9	Kejadian pulang atas permintaan sendiri	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan	Pulang atas permintaan sendiri adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter

		10	Kepuasan pelanggan rawat inap	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)	Jumlah total pasien yang disurvei	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
		11	Pasien rawat inap TBC yang ditangani dengan strategi DOTS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah semua pasien rawat inap TBC yang ditangani dengan strategi DOTS	Jumlah seluruh pasien rawat inap TBC yang ditangani di RS dalam waktu tiga bulan	Jumlah perawatan rawat inap TBC dengan strategi DOTS adalah pelayanan TBC dengan 5 strategi penanggulangan TBC nasional. Penegakkan diagnosis dan follow up pengobatan pasien TBC harus melalui pemeriksaan microscopis tuberculos
			c. Penegakan diagnosis melalui pemeriksaan mikroskopis	≥ 60%	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60%			
			d. Terlaksananya pencatatan dan pelaporan TB di RS	≥ 60%	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60 %	≥ 60%			
4	BEDAH SENTRAL	1	Waktu tunggu operasi elektif	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	1 Hari	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan

		2	Kejadian kematian di meja operasi	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi saat operasi berlangsung yang diakibatkan tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam satu bulan	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan ternyata dilakukan operasi pada sisi kiri atau sebaliknya
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam satu bulan	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana tindakan operasi yang dilakukan pada orang yang salah

		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah tindakan dalam satu bulan	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting dan peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu pembedahaan
		7	Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	≤ 6 %	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena over dosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube

5	PERSALINAN DAN PERINATOLOGI	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan. a. Perdarahan b. Pre-eklampsia, eklamsia c. Sepsis	≤1% ≤30 % ≤0,1 %	≤1 % ≤30 % ≤0, 1%	≤1 % ≤30 % ≤0, 1%	≤1 % ≤30 % ≤0, 1%	≤1 % ≤30 % ≤0, 1%	≤1% ≤30 % ≤0,1 %	Jumlah kematian pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia, eklampsia dan sepsis.	Jumlah persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia, eklampsia dan sepsis	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre-eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tersedia 100 %	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih	-	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih)

		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi	Jumlah seluruh tenaga yang seharusnya memberi pertolongan persalinan dengan operasi	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anak dan dokter spesialis anestesi
		5	Kemampuan menangani BBLR 1.500 gr - 2.500 gr	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah BBLR 1.500 gr - 2.500 gr yang berhasil ditangani	Jumlah seluruh BBLR 1.500 gr - 2.500 gr yang ditangani	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1.500 gr - 2.500 gr
		6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤20 %	≤20 %	≤20 %	≤20 %	≤20 %	≤20 %	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam satu bulan	Jumlah seluruh persalinan pada bulan tersebut	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi
		7	Keluarga Berencana Mantap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jenis pelayanan KB Mantap	Jumlah peserta KB	KB yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten

		8	Konseling KB Mantap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah konseling layanan KB Mantap	Jumlah peserta KB Mantap	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB Mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
		9	Kepuasan pelanggan	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (%)	Jumlah total pasien yang disurvei	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
6	PELAYANAN INTENSIF	1	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	≤3 %	≤3 %	≤3 %	≤3 %	≤3 %	≤3 %	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam satu bulan	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam satu bulan	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
		2	Pemberi pelayanan unit intensif	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara

										ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif		
7	RADIOLOGI	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	≤3 jam	≤3 jam	≤3 jam	≤3 jam	≤3 jam	≤3 jam	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang diekspertisi
		2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diekspertisi oleh dokter spesialisasi radiologi dalam satu bulan	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan	Pelaksanan ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan ekspertisi adalah dicantumkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi

		3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤2 %	≤2 %	≤2 %	≤2 %	≤2 %	≤2 %	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam satu bulan	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
		4	Kepuasan pelanggan	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (%)	Jumlah total pasien yang disurvei	Jumlah total pasien yang disurvei
8	LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	≤140 menit	≤140 menit	≤140 menit	≤140 menit	≤140 menit	≤140 menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil

		2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah hasil lab yang diekspertisi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan	Jumlah seluruh jenis pemeriksaan lab dalam satu bulan	Pelaksanan ekspertisi lab adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan lab. Bukti dilaksanakannya ekspertisi adalah tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirim
		3	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil lab salah orang dalam satu bulan	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut	Kesalahan penyerahan hasil lab adalah penyerahan hasil lab pada orang yang salah
		4	Kepuasan pelanggan	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang	Jumlah total pasien yang disurvei	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium

										disurvei (%)		
9	REHABILITASI MEDIK	1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	≤ 50%	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50 %	≤ 50%	Jumlah seluruh pasien yang drop out selama menjalani program 3 bulan	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik selama 3 bulan	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak tersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah seluruh pasien yang yang menerima tindakan rehabilitasi medik dalam satu bulan dikurangi jumlah paien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam satu bulan	Jumlah seluruh pasien yang dilayani pada bulan tersebut	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
		3	Kepuasan pelanggan	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (%)	Jumlah total pasien yang disurvei	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik

10	FARMASI	1 a	Waktu tunggu pelayanan obat jadi	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
		1 b	Waktu tunggu pelayanan obat racikan	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	≤ 60 menit	Jumlah kumulatif waktu tunggu obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dlam memberikan jenis obat, 2. Salah dalam memberikan dosis, 3. Salah orang, 4. Salah jumlah
		3	Kepuasan pelanggan	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	≥80 %	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (%)	Jumlah total pasien yang disurvei	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi

		4	Penulisan resep sesuai formularian	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah *receipe* yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularian dalam satu bulan	Jumlah seluruh *receipe* yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit.
11	GIZI	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	≥90 %	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei untuk mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	≤ 20%	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20 %	≤ 20%	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi RS)
		3	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet

										salah diet		
12	TRANSFUSI DARAH	1	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam satu bulan	Jumlah seluruh permintaan darah bulan tersebut	Cukup Jelas
		2	Kejadian reaksi transfuse	≤0,01 %	≤0,01%	≤0,01%	≤0,01%	≤0,01%	≤0,01 %	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan	Reaksi transfusi adalah Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah dalam bentuk reaksi alergi, infeksi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
13	PELAYANAN KELUARGA MISKIN	1	Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah pasien Gakin yang dilayani RS dalam satu bulan	Jumlah seluruh pasien Gakin yang datang ke RS dalam satu bulan	Pasien keluarga miskin (Gakin) adalah pasien pemegang kartu Askeskin

14	REKAM MEDIK	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu bulan yang diisi lengkap	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam satu bulan	Rekam medik yang lengkap adalah 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
		2	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah pasien yang mendapat tindkan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam satu bulan	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam satu bulan	Informed consentadalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut

		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	≤ 10 menit	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati	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 drai pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	≤15 menit	≤15 menit	≤15 menit	≤15 menit	≤15 menit	≤15 menit	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati	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 mulai dari pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter

15	PENGOLAHAN LIMBAH	1	Baku mutu limbah cair	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah item hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair RS yang sesuai dengan baku mutu	Jumlah seluruh item pemeriksaan limbah cair	Baku mutu adalah INDIKATOR 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/l, COD (Chemical Oxygen Demand) 80 mg/l, TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/l, PH 6-9
		2	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan standar prosedur operasional (kg)	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati	Limbah padat berbahaya adalah sampah akibat proses pelayanan yang mengandung bahan tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau mencederai, antara lain : sisa jarum suntik, sisa ampul, kasa bekas. Pengelolaan limbah padat berbahaya harus dikelola

												sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
16	ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan	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
		2	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun	Jumlah laporan akuntabilitas kinerja yang seharusnya disusun dalam satu tahun	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban RS untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/ kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan

												melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali
		3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun	Usulan kenaikan pangkat dilakukan dua kali setahun yaitu April dan Oktober
		4	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan gaji berkala dalam satu tahun	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan gaji berkala dalam satu tahun	Ususlan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai aturan kepegawaian yang berlaku (UU No, 8/1974, UU No. 43/1999
		5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	≥60 %	≥60 %	≥60 %	≥60 %	≥60 %	≥60 %	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun	Jumlah seluruh karyawan di RS	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di RS maupun di luar RS yang bukan merupakan pendidikan formal.

												Minimal per karyawan 20 jam per tahun
		6	Cost recovery	≥40 %	≥40 %	≥40 %	≥40 %	≥40 %	≥40 %	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
		7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas
		8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dlama satu bulan	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan atas pelayanan yang diberikan
		9	Ketepatan waktu pemberian	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah bulan dengan tanpa kelambatan	12 bulan	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada

			imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu							pemberian insentif		karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
17	AMBULANCE / KERETA JENAZAH	1	Waktu pelayanan ambulance/ kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan	Jumlah hari dalam bulan tersebut	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazh di rumah sakit	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan	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

18	PEMULASARAN JENAZAH	1	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	≤2 jam	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan	Total pasien yang diamati dalam satu bulan	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
19	PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT	1	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat	80%	80 %	80 %	80 %	80 %	80%	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan.	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan	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

		2	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	95%	95 %	95 %	95 %	95 %	95%	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.
		3	Peralatan laboratorium (dan alat ukur lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah seluruh alat laboratorium dan alat ukur lain yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun	Jumlah seluruh alat laboratorium (dan alat ukur lain) yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun.	Kalibrasi ayang perlu dalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium dan alat ukur lain oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
20	PELAYANAN LAUNDRY	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut	cukup jelas
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu	Jumlah hari dalam satu bulan	Ketepatan waktu penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan

21	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI	1	Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih	75%	75 %	75 %	75 %	75 %	75%	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih	Jumlah anggota tim PPI	Anggota tim PPI yang telah mengikuti diklat dasar dan diklat lanjut PPI
		2	Koordinasi APD (Alat Pelindung Diri)	≥60 %	≥60 %	≥60 %	≥60 %	≥60 %	≥60 %	Jumlah instalasi yang menyediakan	Jumlah instalasi di RS	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 boot dan gaun
		3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di RS	≥75 %	≥75 %	≥75 %	≥75 %	≥75 %	≥75 %	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan	Jumlah instalasi yang tersedia	Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (check list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)

FORMAT PENGUMPULAN DATA KINERJA
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SINJAI

A. Pelayanan Gawat Darurat

Tabel 3. Jumlah penanganan live saving di Instalasi Gawat Darurat

BULAN	JUMLAH PASIEN YANG MENDAPATKAN PELAYANAN LIVE SAVING			JUMLAH PASIEN YANG MEMBUTUHKAN PELAYANAN LIVE SAVING			% (4/7) X100
	ANAK	DEWASA	JUMLAH	ANAK	DEWASA	JUMLAH	
1	2	3	4	5	6	7	8
Januari							
Februari							
Maret							
April							
Mei							
Juni							
Juli							
Agustus							
September							
Oktober							
Nopember							
Desember							
JUMLAH							

Tabel 4. Jumlah jam buka pelayanan Gawat Darurat

BULAN	JUMLAH KUMULATIF JAM BUKA GD DALAM SATU BULAN	JUMLAH HARI DALAM SATU BULAN	Jam(2/3)
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
JUMLAH			

Tabel 5. Jumlah Tenaga Bersertifikat di IGD

BULAN	JUMLAH TENAGA YANG BERSERTIFIKAT			JUMLAH TENAGA YANG MEMBERI PELAYANAN GD			% (4/7) X 100	KET
	DOKTER	PERAWAT	JUMLAH	DOKTER	PERAWAT	JUMLAH		
1	2	3	4	5	6	7	8	
Januari								
Februari								
Maret								
April								
Mei								
Juni								
Juli								
Agustus								
September								
Oktober								
Nopember								
Desember								
JUMLAH								

Tabel 6. Jumlah Tim Bencana di Instalasi Gawat Darurat

BULAN	JUMLAH TIM BENCANA YANG TELAH DIBENTUK
1	2
Januari	
Februari	
Maret	
April	
Mei	
Juni	
Juli	
Agustus	
September	
Oktober	
Nopember	
Desember	
JUMLAH	

Tabel 7. Waktu tanggap pelayanan dokter di IGD

JUMLAH SAMPEL	BULAN											
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOP	DES
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
n 1												
n 2												
n 3												
n 4												
n 5												
n 6												
n 7												
n 8												
n 9												
n 10												

n…..												
n 50												
Rata-rata (menit)												

Tabel 8. Jumlah kematian ≤24 jam di IGD

BULAN	JUMLAH KEMATIAN ≤ 24 JAM	JUMLAH SELURUH PASIEN YANG DITANGANI DI IGD	% (2/3)X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
JUMLAH			

Tabel 10.Jumlah pasien yang tidak membayar uang muka di IGD

BULAN	JUMLAH PASIEN GD YANG TIDAKMEMBAYAR UANG MUKA	JUMLAH PASIEN YANG DATANG DI GD	% (2/3)X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
JUMLAH			

B. Pelayanan Rawat Jalan

Tabel 11. Jumlah hari buka klinik spesialistik

BULAN	JUMLAH HARI BUKA KLINIK SPESIALIS	JUMLAH SELURUH HARI KERJA KLINIK SPESIALIS DALAM WAKTU SATU BULAN	% (2/3) x 100
1	**2**	**3**	**4**
Januari			
Februari			
Maret			
April			

Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
JUMLAH			

Tabel 12. Data ketersediaan pelayanan Rawat Jalan

BULAN	JENIS PELAYANAN RAWAT JALAN SPESIALISTIK YANG ADA	STANDAR JUMLAH PELAYANAN RAWAT JALAN SPESIALISTIK	% (2/3) x 100
1	**2**	**3**	**4**
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
JUMLAH			

Tabel 14. Waktu tunggu pasien Rawat Jalan

JUMLAH SAMPEL	BULAN											
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOP	DES
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
n 1												
n 2												
n 3												
n 4												
n 5												
n 6												
n 7												
n 8												
n 9												
n 10												
n.....												
n 50												
Rata-rata												

Table 15. Jumlah pasien Rawat Jalan TB yang menggunakan strategi DOTS

BULAN	JUMLAH PASIEN RAWAT JALAN TB DENGAN DOTS	JUMLAH SELURUH PASIEN RAWAT JALAN TB	% (2/3) x 100
1	2	3	4
TRIWULAN I			
TRIWULAN II			
TRIWULAN III			
TRIWULAN IV			
JUMLAH			

C. Pelayanan Rawat Inap

Tabel 16. Jumlah pasien yang mempunyai dokter

BULAN	JUMLAH PASIEN YANG MEMPUNYAI DOKTER SEBAGAI PENANGGUNG JAWAB	JUMLAH SELURUH PASIEN RAWAT INAP	% (2/3) X100
1	**2**	**3**	**4**
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Tabel 17. Data ketersediaan pelayanan Rawat Inap

BULAN	JUMLAH JENIS PELAYANANRAWAT INAP SPESIALISTIK YANG ADA	STANDAR JUMLAH PELAYANAN RAWAT INAP SPESIALISTIK	% (2/3) X100	KET
1	2	3	4	5
Januari				Standar spesialistik untuk RS TipeA: Semua spesialis& Subspesialistik Tipe B : 18 Spesialistik Tipe C : 4 jenis Spesialistik Tipe D : 2 Spesialistik
Februari				
Maret				
April				
Mei				
Juni				
Juli				
Agustus				
September				
Oktober				

November				
Desember				
Jumlah				

Tabel 18. Data kejadian infeksi pasca operasi

BULAN	JUMLAH PASIEN YANG MENGALAMI INFEKSI PASCA OPERASI	JUMLAH PASIEN YANG DIOPERASI	% (2/3) X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Tabel 19. Data tidak terjadinya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

BULAN	JUMLAH PASIEN DIRAWAT DALAM BULAN TERSEBUT DIKURANGI JUMLAH PASIEN YANG JATUH DAN BERAKIBAT KECATATAN ATAU KEMATIAN	JUMLAH SELURUH PASIEN YANG DIRAWAT INAP	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Tabel 20. Data kematian ≥ 48 jam

BULAN	JUMLAH KEMATIAN ≥ 48 JAM	JUMLAH SELURUHPASIEN INAP	% (2/3) X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			

Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Tabel 21. Jumlah pasien pulang paksa Rawat Inap

BULAN	JUMLAH KEJADIAN PASIEN PULANG ATAS PERMINTAAN SENDIRI	JUMLAH SELURUH PASIEN RAWAT INAP	% (2/3) X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Tabel 22. Jumlah pasien Rawat Inap TB menggunakan strategi DOTS

BULAN	JUMLAH KEJADIAN PASIEN RAWAT INAP TB DENGAN DOTS	JUMLAH SELURUH PASIEN INAP TB	% (2/3) X 100
1	2	3	4
TRIWULAN I			
TRIWULAN II			
TRIWULAN III			
TRIWULAN IV			
Jumlah			

Tabel 23. Angka kejadian infeksi nosokomial

Table 23.a Angka kejadian phelibitis

BULAN	JMLH PASIEN RAWAT INAP YG TERKENA INFEKSI NOSOKOMIAL DLM 1 BLN	JUMLAH PEMASANGAN INFUS	% (2/3) X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			

Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Table 23.b Angka kejadian ISK

BULAN	JMLH PASIEN RAWAT INAP YG TERKENA INFEKSI NOSOKOMIAL DLM 1 BLN	JUMLAH PEMASANGAN INFUS	% (2/3) X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Table 23.c Angka kejadian VAP

BULAN	JMLH PASIEN RAWAT INAP YG TERKENA INFEKSI NOSOKOMIAL DLM 1 BLN	JUMLAH PEMASANGAN INFUS	% (2/3) X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Table 23.d Angka kejadian PAB

BULAN	JMLH PASIEN RAWAT INAP YG TERKENA INFEKSI NOSOKOMIAL DLM 1 BLN	JUMLAH PEMASANGAN INFUS	% (2/3) X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			

April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Table 23.e Angka kejadian Dekubitus

BULAN	JMLH PASIEN RAWAT INAP YG TERKENA INFEKSI NOSOKOMIAL DLM 1 BLN	JUMLAH PEMASANGAN INFUS	% (2/3) X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Tabel 24. Pemberi pelayanan Rawat Inap

BULAN	JUMLAH TENAGA DOKTER & PERAWAT YG MEMBERI PELAYANAN DI R.INAP SESUAI KUALIFIKASI	JUMLAH SELURUH TENAGA DOKTER & PERAWAT YG BERTUGAS DI R.INAP	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Tabel 25. Jam visite dokter spesialis

BULAN	JUMLAH HARI VISITE DOKTER (JAM VISITE 08.00-14.00)	JUMLAH HARI VISITE DOKTER	% (2/3) X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

D. Pelayanan Bedah sentral

Tabel 27. Lama waktu tunggu operasi elektif

BULAN	JUMLAH WAKTU TUNGGU PASIEN UNTUK OPERASI ELEKTIF (HARI)	JUMLAH PASIEN YANG DIOPERASI ELEKTIF (HARI)
1	2	3
Januari		
Februari		
Maret		
April		
Mei		
Juni		
Juli		
Agustus		
September		
Oktober		
Nopember		
Desember		
Jumlah		

Tabel 28. Jumlah kejadian kematian di meja operasi

BULAN	JUMLAH KEMATIAN DI MEJA OPERASI	JUMLAH PASIEN YANG DIOPERASI	% (2/3)X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			

Desember			
Jumlah			

Tabel 29. Data tidak terjadinya operasi salah sisi

BULAN	JUMLAH PASIEN YANG DIOPERASI DALAM WAKTU SATU BULAN DIKURANGI JUMLAH PASIEN YANG DIOPERASI SALAH SISI	JUMLAH SELURUH PASIEN YANG DIOPERASI	% (3-2)/3 X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 30. Data tidak terjadinya operasi salah orang

BULAN	JUMLAH PASIEN YANG DIOPERASI DIKURANGI JUMLAH OPERASI SALAH ORANG	JUMLAH SELURUH PASIEN YANG DIOPERASI	% (3-2)/3 X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 31. Data tidak terjadinya salah tindakan pada operasi

BULAN	JUMLAH PASIEN YANG DIOPERASI DIKURANGI JUMLAH PASIEN YANG MENGALAMI SALAH TINDAKAN OPERASI	JUMLAH SELURUH PASIEN YANG DIOPERASI	% (3-2)/3 X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			

April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 32. Data tidak terjadinya benda asing tertinggal pada tubuh pasien

BULAN	JUMLAH PASIEN YANG DIOPERASI DIKURANGI JUMLAH PASIEN YANG MENGALAMI TERTINGGALNYA BENDA ASING DALAM TUBUH AKIBAT OPERASI	JUMLAH SELURUH PASIEN YANG DIOPERASI	% (2/3)X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 33. Jumlah komplikasi anastesi

BULAN	JUMLAH PASIEN YG MENGALAMI KOMPLIKASI AKIBAT ANASTESI	JUMLAH SELURUH PASIEN YANG DIOPERASI YG MENGALAMI KOMPLIKASI AKIBAT ANASTESI	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

E. Persalinan dan Perinatologi

Table 34. Jumlah kematian ibu karena persalinan

BULAN	JUMLAH KEMATIAN IBU KARENA PERSALINAN			JUMLAH PERSALINAN					
	PERDARAHAN	PEREKLAMPSIA DAN EKLAMPSIA	SEPSIS	PERDARAHAN	PEREKLAMPSIA DAN EKLAMPSIA	SEPSIS	PERDARAHAN	PEREKLAMPSIA DAN EKLAMPSIA	SEPSIS
							(2/5) X100	(3/6) X100	(4/7 X100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Januari									
Februari									
Maret									
April									
Mei									
Juni									
Juli									
Agustus									
September									
Oktober									
November									
Desember									
JUMLAH									

Table 35. Jumlah pemberi pelayanan persalinan normal

BULAN	JUMLAH TENAGA BERKOMPETENSI YANG TELAH MEMBERIKAN PELAYANAN PERSALINAN NORMAL				JUMLAH TENAGA BERKOMPETENSI YANG TERSEDIA UNTUK MEMBERIKAN PELAYANAN PERSALINAN NORMAL				% (5/9) x 100	KETERANGAN
	SPOG	DOKTER UMUM	BIDAN	JUMLAH	SPOG	DOKTER UMUM	BIDAN	JUMLAH		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Januari										Tenaga Kesehatan yang berkompetensi
Februari										
Maret										
April										
Mei										

Juni										adalah: 1. Dokter Ahli Obgyn 2. Dokter Umum Terlatih APN 3. Bidan
Juli										
Agustus										
September										
Oktober										
November										
Desember										
JUMLAH										

Tabel 36. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

BULAN	JUMLAH TIM PONEK TELAH DIBENTUK YANG TERDIRI DARI DOKTER Sp, OG, DOKTER UMUM & BIDAN	JUMLAH TIM PONEK YANG HARUS TERBENTUK
1	2	3
Januari		
Februari		
Maret		
April		
Mei		
Juni		
Juli		
Agustus		
September		
Oktober		
November		
Desember		
Jumlah		

Tabel 37. Pemberi persalinan dengan operasi

BULAN	JUMLAH TIM MEDIS TELAH DIBENTUK	JUMLAH TIM MEDIS YANG HARUS TERBENTUK	% 2/3 X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Tabel 38. Jumlah BBLR yang berhasil ditangani

BULAN	JUMLAH BBLR YANG BERHASIL DITANGANI	JUMLAH BBLR YANG MASUK KE RS	% 2/3 X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Table 39. Jumlah section cesaria yang dilakukan

BULAN	JUMLAH PERSALINAN DENGAN SECTIO CAESARIA	JUMLAH SELURUH PERSALINAN	% 2/3 X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Tabel 40. Jumlah peserta KB Mantap

BULAN	JUMLAH PESERTA KB MANTAP (Pengguna vasektomi dan tubektomi)	JUMLAH SELURUH PESERTA KB	% 2/3 X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Tabel 41. Jumlah konseling KB Mantap

BULAN	JUMLAH KONSELING LAYANAN KB MANTAP	JUMLAH PESERTA KB MANTAP	% 2/3 X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

F. Pelayanan Intensif

Tabel 42. Jumlah kembali ke ICU <72 jam pada kasus yang sama

BULAN	JUMLAH PASIEN YANG KEMBALI KE PERAWATAN INTENSIF DENGAN KASUS YANG SAMA < 72 JAM	JUMLAH SELURUH PASIEN YANG DIRAWAT DI ICU	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
JUMLAH			

Tabel 43. Jumlah tenaga ICU

BULAN	JUMLAH TENAGA YANG ADA DI ICU						Jumlah Seluruh Perawat D3 dengan Sertifikat Perawat Mahir ICU	% Jumlah	Tenaga di ICU	(4/5) X 100
	Spesialis Anastesi	Spesialis Interna	Spesialis Bedah	Spesialis Obgyn	Spesialis THT	Spesialis Neuro				
1	2						3	4	5	6
Januari										
Februari										
Maret										
April										
Mei										
Juni										
Juli										

Agustus										
September										
Oktober										
Nopember										
Desember										
RATA-RATA										

G. Pelayanan Radiologi

Tabel 44. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax

JUMLAH SAMPEL	BULAN											
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOP	DES
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
n 1												
n 2												
n 3												
n 4												
n 5												
n 6												
n 7												
n 8												
n 9												
n 10												
n.....												
n 50												
Rata-rata (menit)												

Tabel 45. Jumlah hasil pemeriksaan foto thorax

BULAN	JUMLAH FOTO RONTGEN YANG DIBACA DAN DIEKSPERTISI OLEH DOKTER SPESIALIS RADIOLOGI	JUMLAH SELURUH PEMERIKSAAN FOTO RONTGEN	% (2/3) x 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 46. Jumlah kejadian kegagalan pelayanan rontgen

BULAN	JUMLAH FOTO RONTGEN RUSAK YANG TIDAK DAPAT DIBACA	JUMLAH SELURUH PEMERIKSAAN FOTO	% (2/3)X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

H. Laboratorium Patologi Klinik

Tabel 47. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

JUMLAH SAMPEL	BULAN											
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGST	SEP	OKT	NOP	DES
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
n 1												
n 2												
n 3												
n 4												
n 5												
n 6												
n 7												
n 8												
n 9												
n 10												
n.....												
n 50												
Rata-rata (menit)												

Tabel 48. Jumlah pemeriksaan laboratorium oleh dokter ahli

BULAN	JUMLAH PEMERIKSAAN LABORATORIUM YANG DILAKUKAN DOKTER SPESIALIS PATOLOGI KLINIK	JUMLAH SELURUH PEMERIKSAAN LABORATORIUM	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			

Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 49. Jumlah tidak adanya kesalahan penyerahan hasil laboratorium

BULAN	JUMLAH SELURUH PASIEN YANG DIPERIKSA LABORATORIUM DALAM SATU BULAN DIKURANGI JUMLAH PENYERAHAN HASIL LABORATORIUM SALAH ORANG	JUMLAH SELURUH PASIEN YANG DIPERIKSA LABORATORIUM	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

I. Rehabilitasi Medik

Tabel 50.Jumlah drop-out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik

BULAN	JUMLAH SELURUH PASIEN YANG DROP OUT SELAMA MENJALANI PROGRAM 3 BULAN	JUMLAH SELURUH PASIEN YANG DI PROGRAM REHABILITASI MEDIK SELAMA 3 BULAN	% (2/3) X 100
1	2	3	3
Triwulan I			
Triwulan II			
Triwulan III			
Triwulan IV			
Jumlah			

Tabel 51. Jumlah tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

BULAN	JUMLAH SELURUH PASIEN YANG MENERIMA TINDAKAN REHABILITASI MEDIK DIKURANGI JUMLAH PASIEN YANG MENGALAMI KESALAHAN TINDAKAN REHABILITASI MEDIK	JUMLAH SELURUH PASIEN YANG DILAYANI PADA BULAN TERSEBUT	% (3-2)/3 X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

J. Farmasi

Tabel 52. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

JUMLAH SAMPEL	BULAN											
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOP	DES
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
n 1												
n 2												
n 3												
n 4												
n 5												
n 6												
n 7												
n 8												
n 9												
n 10												
n.....												
n 50												
Rata-rata (menit)												

Tabel 53. Waktu tunggu pelayanan obat racik

JUMLAH SAMPEL	BULAN											
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOP	DES
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
n 1												
n 2												
n 3												
n 4												
n 5												
n 6												
n 7												
n 8												
n 9												
n 10												
n.....												
n 50												
Rata-rata (menit)												

Tabel 54. Data tidak adanya kesalahan pemberian obat

BULAN	JUMLAH SELURUH PASIEN INSTALASI FARMASI YANG DISURVEY DIKURANGI JUMLAH PASIEN YANG MENGALAMI KESALAHAN PEMBERIAN OBAT	JUMLAH SELURUH PASIEN INSTALASI FARMASI YANG DISURVEY	% (3-2)/3 X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 55. Penulisan resep sesuai formularium

PERIODE	JML RECEIPE YG DIAMBIL SEBAGAI SAMPEL YG SESUAI FORMULARIUM DLM 1 BULAN	JML SELURUH RECEIPE YG DIAMBIL SEBAGAI SAMPEL DLM 1 BULAN	% (2/3) X 100
1	2	3	
Januari			
Februari			
Maret			
April			

Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

K. Gizi

Tabel 56.Data ketepatan waktu pemberian makanan pada pasien

BULAN	JUMLAH PASIEN RAWAT INAP YANG DISURVEI YANG MENDAPAT MAKANAN TEPAT WAKTU	JUMLAH SELURUH PASIEN RAWAT INAP YANG DISURVEY	% (2/3) x 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Tabel 57. Data porsi makanan yang tidak termakan oleh pasien

BULAN	JUMLAH KUMULATIF PORSI SISA MAKANAN DARI PASIEN YANG DISURVEY	JUMLAH PASIEN YANG DISURVEY DALAM SATU BULAN	% (2/3) x 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Tabel 58. Data tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet

BULAN	JUMLAH PEMBERIAN MAKANAN YANG DISURVEY DIKURANGI JUMLAH PEMBERIAN MAKANAN YANG SALAH DIET	JUMLAH PASIEN YANG DISURVEY DALAM SATU BULAN	% (2/3) x 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

L. Transfusi Darah

Tabel 59. Jumlah pemenuhan kebutuhan darah bagi pelayanan transfusi

BULAN	JUMLAH PERMINTAAN KEBUTUHAN DARAH YANG DAPAT DIPENUHI	JUMLAH SELURUH PERMINTAAN DARAH	% (2/3) X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 60. Jumlah kejadian reaksi transfusi

BULAN	JUMLAH KEJADIAN REAKSI TRANSFUSI	JUMLAH SELURUH PASIEN YANG MENDAPAT TRANSFUSI	% (2/3) X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			

September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
JUMLAH			

M. Pelayanan Gakin

Tabel 61. Pelayanan terhadap pasien gakin

BULAN	JUMLAH PASIEN GAKIN YG DILAYANI RS DLM 1 BULAN	JUMLAH SELURUH PASIEN GAKIN YG DATANG KE RS DLM 1 BULAN	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

N. Rekam Medik

Tabel 62. Jumlah rekam medik lengkap 24 jam setelah pelayanan

BULAN	JUMLAH REKAM MEDIK YANG DISURVEY YANG DIISI LENGKAP	JUMLAH REKAM MEDIK YANG DISURVEY	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 63. Jumlah ketepatan pelaksanaan informed consent

BULAN	JUMLAH PASIEN YANG AKAN MENDAPAT TINDAKAN MEDIK DAN DAPAT INFORMED CONSENT	JUMLAH PASIEN YANG MENDAPAT TINDAKAN MEDIK YANG DISURVEY	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 64.Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik di Rawat Jalan

JUMLAH SAMPEL	BULAN											
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOP	DES
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
n 1												
n 2												
n 3												
n 4												
n 5												
n 6												
n 7												
n 8												
n 9												
n 10												
n.....												
n 50												
Rata-rata (menit)												

Table 65.Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik di Rawat Inap

JUMLAH SAMPEL	BULAN											
	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUST	SEP	OKT	NOP	DES
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
n 1												
n 2												
n 3												
n 4												
n 5												
n 6												

n 7												
n 8												
n 9												
n 10												
n.....												
n 50												
Rata-rata (menit)												

O. Pengolahan Limbah

Tabel 66. Data Pemeriksaan Baku Mutu Limbah Cair

BULAN	JUMLAH ITEM HASIL LAB PEMERIKSAAN LIMBAH CAIR RS YG SESUAI DGN BAKU MUTU	JUMLAH SELURUH PEMERIKSAAN LIMBAH CAIR	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 67. Data Pengolahan Limbah Padat Berbahaya

BULAN	JUMLAH LIMBAH PADAT YANG DIKELOLA SESUAI STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL YANG DIAMATI (KG)	JUMLAH TOTAL PROSES PENGOLAHAN LIMBAH PADAT YANG DIAMATI (KG)	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

P. Administrasi dan Manajemen

Tabel 68. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi

BULAN	JUMLAH HASIL KEPUTUSAN PERTEMUAN DIREKSI YANG DITINDAKLANJUTI	JUMLAH TOTAL HASIL KEPUTUSAN YANG HARUS DITINDAKLANJUTI	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 69. Data kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

BULAN	LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA YANG LENGKAP DAN DILAKUKAN MINIMAL 3 BULAN	JUMLAH LAPORAN AKUNTABILITAS YANG SEHARUSNYA DISUSUN DALAM SATU TAHUN	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Triwulan I			
Triwulan II			
Triwulan III			
Triwulan IV			
Jumlah			

Tabel 70. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

BULAN	JUMLAH PEGAWAI YANG DIUSULKAN TEPAT WAKTU SESUAI PERIODE KENAIKAN PANGKAT DALAM SATU TAHUN	JMLH SELURUH PEGAWAI YG SEHARUSNYA DIUSULKAN KENAIKAN PANGKAT	%(2/3) x 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			

Desember			
Jumlah			

Tabel 71. Data ketepatan waktu pengusulan kenaikan gaji berkala

BULAN	JUMLAH PEGAWAI YANG DIUSULKAN TEPAT WAKTU SESUAI PERIODE KENAIKAN GAJI BERKALA	JMLH SELURUH PEGAWAI YG SEHARUSNYA DIUSULKAN KENAIKAN GAJI BERKALA	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 72. Data karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

BULAN	JUMLAH KARYAWAN YANG MENDAPAT PELATIHAN MINIMAL 20 JAM PER TAHUN	JUMLAH SELURUH KARYAWAN DI RUMAH SAKIT	% (2/3) X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 73. Data cost recovery

BULAN	JUMLAH PENDAPATAN FUNGSIONAL DALAM SATU BULAN	JUMLAH PEMBELANJAAN OPERASIONAL DALAM SATU BULAN	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			

Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 74. Data ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

BULAN	LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA YANG LENGKAP DAN DILAKUKAN MINIMAL 3 BULAN	JUMLAH LAPORAN AKUNTABILITAS YANG SEHARUSNYA DISUSUN DALAM SATU TAHUN	% (2/3) X 100
1	2	3	4
I TAHUN			
Jumlah			

Tabel 75. Data kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap

BULAN	JML KUMULATIF WAKTU PEMBERIAN INFORMASI TAGIHAN PASIEN R.INAP YG DIAMATI DLM 1 BULAN	JUMLAH TOTAL PASIEN R.INAP YG DIAMATI DLM 1 BULAN	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 76. Data ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

BULAN	JUMLAH BULAN DGN KELAMBATAN PEMBERIAN INSENTIF	JUMLAH TOTAL BULAN DIBAYARKAN INSENTIF	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Triwulan I			
Triwulan II			
Triwulan III			
Triwulan IV			
Jumlah			

Q. Pemulasaraan Jenazah

Tabel 77. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

BULAN	TOTAL KUMULATIF WAKTU PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH PASIEN YANG DIAMATI DALAM SATU BULAN	TOTAL PASIEN YANG DIAMATI DALAM SATU BULAN	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

R. Ambulans/kereta jenazah

Tabel 78. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance

BULAN	JUMLAH PENYEDIAAN AMBULANCE TEPAT WAKTU ≤30 MENIT	JUMLAH SELURUH PERMINTAAN AMBULANCE DALAM 1 (SATU) BULAN	% (2/3)x100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 79.Waktu Pelayanan Ambulance

BULAN	JUMLAH KUMULATIF JAM PELAYANAN AMBULANS/KERETA JENAZAH DALAM SATU BULAN	JUMLAH HARI DALAM SATU BULAN	% (2/3)X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			

Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

S. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Tabel 80. Data Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

BULAN	JUMLAH LAPORAN KERUSAKAN ALAT YANG DITANGGAPI KURANG ATAU SAMA DENGAN 15 MENIT DALAM SATU BULAN	JUMLAH SELURUH LAPORAN KERUSAKAN ALAT DALAM SATU BULAN	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 81. Data Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

BULAN	JUMLAH ALAT YANG DILAKUKAN PEMELIHARAAN (SERVICE) TEPAT WAKTU	JUMLAH SELURUH ALAT YANG DILAKUKAN PEMELIHARAAN SATU BULAN	% (2/3)X100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 82. Data peralatan laboratorium & alat ukur lain yang terkalibrasi

BULAN	JUMLAH SELURUH ALAT LABORATORIUM YG DIKALIBRASI TEPAT WAKTU DLM SATU TAHUN	JUMLAH ALAT LABORATORIUM YG PERLU DIKALIBRASI DLM SATU TAHUN	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

T. Pelayanan Laundry

Tabel 83. Data tidak adanya kejadian linen yang hilang

BULAN	JUMLAH LINEN YANG DIHITUNG DALAM 4 HARI SAMPLING	JUMLAH LINEN YANG SEHARUSNYA ADA PADA HARI SAMPLING	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

Tabel 82. Data ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

BULAN	JUMLAH HARI DALAM SATU BULAN DENGAN PENYEDIAAN LINEN TEPAT WAKTU	JUMLAH HARI DALAM SATU BULAN	% (2/3) X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			

September			
Oktober			
November			
Desember			
Jumlah			

U. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Tabel 83. Data Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

BULAN	JUMLAH ANGGOTA TIM PPI YANG SUDAH TERLATIH	JUMLAH ANGGOTA TIM PPI	% (2/3)X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 84. Data Koordinasi Alat Pelindung Diri

BULAN	JUMLAH INSTALASI YANG MENYEDIAKAN APD	JUMLAH INSTALASI DI RUMAH SAKIT	% (2/3)X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			
Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

Tabel 85. Data Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial

BULAN	JUMLAH INSTALASI YANG MELAKUKAN PENCATATAN DAN PELAPORAN	JUMLAH INSTALASI YANG TERSEDIA	% (2/3)X 100
1	2	3	4
Januari			
Februari			
Maret			
April			

Mei			
Juni			
Juli			
Agustus			
September			
Oktober			
Nopember			
Desember			
Jumlah			

BUPATI SINJAI,

ttd

ANDI SETO GADHISTA ASAPA