



## **GOVERNOR OF SOUTH SUMATRA**

### **PERATURAN GOVERNOR SUMATERA SELATAN**

**NOMOR 44 TAHUN 2018**

**TENTANG**

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

**UMUM DAERAH PROVINSI SUMATERA SELATAN**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**GOVERNOR OF SOUTH SUMATRA,**

**Menimbang :** bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 11 huruf d dan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sumatera Selatan;

**Mengingat :**

1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat I Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 70, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1814);
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
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 Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
13. Peraturan Gubernur Nomor 49 Tahun 2012 tentang Pedoman Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2012 Nomor 49);

14. Peraturan Gubernur Nomor 9 Tahun 2014 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah di Lingkungan Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan (Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2014 Nomor 9);
15. Peraturan Gubernur Nomor 38 Tahun 2017 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Dinas Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sumatera Selatan (Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2017 Nomor 38);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROVINSI SUMATERA SELATAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

1. Provinsi adalah Provinsi Sumatera Selatan.
2. Pemerintah Provinsi adalah Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan.
3. Gubernur adalah Gubernur Sumatera Selatan.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan.
5. Kepala Dinas Kesehatan adalah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan
6. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sumatera Selatan pada Dinas Kesehatan, yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
7. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sumatera Selatan.
8. Standar Pelayanan Minimal adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
9. Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat BLUD adalah unit kerja pada Dinas Kesehatan yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam beberapa kegiatannya didasarkan pada efisiensi.

10. Pengawas Internal adalah perangkat BLUD yang bertugas melakukan pengawasan dan pengendalian internal dalam rangka membantu Pimpinan BLUD untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan dan pengaruh tantangan sosial sekitarnya (social flexibility) dalam menyelenggarakan bisnis yang sehat.

## Bagian Kedua

### Maksud dan Tujuan

#### Pasal 2

- (1) Standar pelayanan minimal dimaksudkan untuk memberikan panduan bagi Rumah sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pelayanan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit.
- (2) Standar pelayanan minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat.

## BAB II

### STANDAR PELAYANAN MINIMAL

#### Pasal 3

- (1) Rumah sakit mempunyai tugas melaksanakan pelayanan dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan dan peningkatan serta upaya rujukan.
- (2) Jenis pelayanan rumah sakit meliputi :
  - a. pelayanan kesehatan;
  - b. pelayanan tempat pendidikan;
  - c. pelayanan tempat pelatihan;
  - d. pelayanan tempat penelitian.

#### Pasal 4

Indikator, nilai, batas waktu pencapaian dan uraian standar pelayanan minimal adalah sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini.

### BAB III PELAKSANAAN

#### Pasal 5

- (1) Penyelenggaraan Rumah sakit berdasarkan standar pelayanan minimal sesuai Peraturan Gubernur ini.
- (2) Direktur rumah sakit bertanggung jawab dalam pemberian pelayanan yang dipimpinnya sesuai standar pelayanan minimal.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan standar pelayanan minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai ketentuan Peraturan perundang-undangan.

### BAB IV PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

#### Pasal 6

Pembinaan terhadap rumah sakit selaku BLUD dilakukan oleh:

- a. Kepala Dinas Kesehatan untuk pembinaan teknis;
- b. Kepala Badan Pengelola Keuangan dan Aset Daerah Provinsi selaku PPKD untuk pembinaan keuangan.

#### Pasal 7

- (1) Pengawasan operasional BLUD dapat dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Pengawas Internal yang berkedudukan di bawah Direktur Rumah Sakit selaku Pemimpin BLUD.
- (3) Selain pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) pengawasan juga dilakukan oleh Dewan Pengawas BLUD yang dibentuk sesuai ketentuan yang berlaku.

#### Pasal 8

Biaya yang diperlukan dalam pelaksanaan Peraturan Gubernur ini dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, Anggaran Rumah Sakit dan/atau sumber lain yang sah sesuai ketentuan Peraturan perundang-undangan.

BAB V

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 9

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Sumatera Selatan.

Ditetapkan di Palembang  
pada tanggal 7 Juni 2018  
GUBERNUR SUMATERA SELATAN,

dto

H. ALEX NOERDIN

Diundangkan di Palembang  
pada tanggal 7 Juni 2018  
SEKRETARIS DAERAH PROVINSI  
SUMATERA SELATAN,

dto

H. NASRUN UMAR

BERITA DAERAH PROVINSI SUMATERA SELATAN TAHUN 2018 NOMOR 44

LAMPIRAN : PERATURAN GUBERNUR SUMATERA SELATAN  
NOMOR 44 TAHUN 2018  
TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
PROVINSI SUMATERA SELATAN

**JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR DAN PENANGGUNG JAWAB**

**A. Pelayanan Gawat Darurat**  
**SPM :**

| No | Jenis Pelayanan         | Standar Pelayanan Minimal                                                                        |                    | Penanggung Jawab            |
|----|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
|    |                         | Indikator                                                                                        | Nilai              |                             |
| 1  | 2                       | 3                                                                                                | 4                  | 5                           |
| 1. | Pelayanan Gawat Darurat | 1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa                                               | 100 %              | Ka. Instalasi Gawat Darurat |
|    |                         | 2. Jam buka pelayanan Gawat Darurat 24 Jam                                                       | 100 %              | Ka. Instalasi Gawat Darurat |
|    |                         | 3. Waktu tanggap pelayanan dokter $\leq 3$ menit                                                 | 100 %              | Ka. Instalasi Gawat Darurat |
|    |                         | 4. Pemberi pelayanan kegawat daruratan bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/BCLS/PPGD yang masih berlaku | 100 %              | Ka. Instalasi Gawat Darurat |
|    |                         | 5. Pelayanan kamar operasi Cito 24 Jam                                                           | 100 %              | Ka. Instalasi Bedah Sentral |
|    |                         | 6. Pemberi pelayanan ahli pada pasien kegawatdaruratan $\leq 30$ menit                           | 100 %              | Ka. Instalasi Gawat Darurat |
|    |                         | 7. Tersediaan 1 tim penanggulangan bencana                                                       | 100 %              | Wadir Pelayanan             |
|    |                         | 8. Kematian pasien $\leq 24$ jam                                                                 | $\leq 2$ perseribu | Ka. Instalasi Gawat Darurat |
|    |                         | 9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka                                        | 100 %              | Ka. Bag. Keuangan           |
|    |                         | 10. Kepuasan Pelanggan                                                                           | $\geq 80$ %        | Ketua Komite Mutu           |

Uraian :

1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa

|                                 |                                                                                                        |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa                                                      |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan pasien                                                                                   |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan gawat darurat terhadap anak dan dewasa |
| Definisi Operasional            | : Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan : Airway, Breath, Circulation       |
| Frekuensi Pengumpulan Data      | : 1 bulan                                                                                              |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                              |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat                       |
| Denominator                     | : Jumlah kumulatif pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Gawat Darurat                     |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                |
| Sumber data                     | : Rekam medik di gawat darurat                                                                         |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Gawat Darurat                                                                       |

## 2. Jam buka pelayanan gawat darurat 24 Jam

|                                 |                                                                                                           |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Jam buka pelayanan Gawat Darurat                                                                        |
| Dimensi Mutu                    | : Keterjangkauan                                                                                          |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan Gawat Darurat 24 jam di Rumah Sakit                                               |
| Definisi Operasional            | : Jam buka pelayanan Gawat Darurat adalah kesiapan Gawat Darurat memberikan pelayanan selama 24 jam penuh |
| Frekuensi Pengumpulan Data      | : 3 bulan                                                                                                 |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                 |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif jam buka Gawat Darurat dalam satu bulan                                                |
| Denominator                     | : Jumlah hari dalam satu bulan                                                                            |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                   |
| Sumber data                     | : Laporan bulanan                                                                                         |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Gawat Darurat                                                                          |

3. Waktu tanggap pelayanan dokter  $\leq 3$  menit

|                                 |                                                                                                                       |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tanggap pelayanan dokter $\leq 3$ menit                                                                       |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan dan efektifitas                                                                                         |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan gawat darurat yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat              |
| Definisi Operasional            | : Kecepatan pelayanan dokter di Gawat Darurat adalah jarak waktu sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter |
| Frekuensi Pengumpulan Data      | : 1 bulan                                                                                                             |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                             |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disurvei                                  |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien yang disurvei (Minimal N = 50)                                                                |
| Nilai                           | : 100%                                                                                                                |
| Sumber data                     | : Survei di IGD                                                                                                       |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Gawat Darurat                                                                                      |

## 4. Pemberi pelayanan kegawat-daruratan bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/BTCLS/PPGD yang masih berlaku

|                                 |                                                                                                                              |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pemberi pelayanan kegawatdaruratan bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/BTCLS /PPGD yang masih berlaku                             |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis                                                                                                          |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat-daruratan                                    |
| Definisi Operasional            | : Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS/BTLS/ACLS/BCLS /PPGD yang masih berlaku |
| Frekuensi Pengumpulan Data      | : 3 bulan                                                                                                                    |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                    |
| Numerator                       | : Jumlah tenaga bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/BCLS/PPGD yang masih berlaku                                                    |
| Denominator                     | : Jumlah tenaga yang memberi pelayanan kegawat-daruratan                                                                     |
| Nilai                           | : 100%                                                                                                                       |
| Sumber data                     | : Kepegawaian                                                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Gawat Darurat                                                                                             |



## 5. Pelayanan kamar operasi 24 jam

|                                 |                                                                                           |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Jam buka pelayanan kamar operasi 24 jam                                                 |
| Dimensi Mutu                    | : Keterjangkauan                                                                          |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan kamar operasi 24 jam untuk kasus gawat darurat                    |
| Definisi Operasional            | : Pelayanan kamar operasi 24 jam adalah tersedianya pelayanan kamar operasi selama 24 jam |
| Frekuensi Pengumpulan Data      | : 3 bulan                                                                                 |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                 |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif jam buka kamar operasi dalam 24 jam selama 1 bulan                     |
| Denominator                     | : Jumlah jam buka kamar operasi selama 1 hari                                             |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                   |
| Sumber data                     | : Laporan Bulanan                                                                         |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Bedah Sentral                                                          |

6. Pemberi Pelayanan ahli pada pasien Kegawat Daruratan  $\leq 30$  menit

|                                 |                                                                                                                                    |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pemberi pelayanan ahli pada pasien kegawat-daruratan $\leq 30$ menit                                                             |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis                                                                                                                |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat oleh Konsulen (dokter spesialis )                    |
| Definisi Operasional            | : Pemberi pelayanan ahli adalah dokter spesialis yang menerima konsil dari dokter jaga dalam upaya penyelamatan jiwa pasien di IGD |
| Frekuensi Pengumpulan Data      | : 3 bulan                                                                                                                          |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                          |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pelayanan ahli pada pasien gawat darurat                                                   |
| Denominator                     | : Jumlah semua pasien yang di konsulkan ke dokter spesialis                                                                        |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                            |
| Sumber data                     | : Rekam medis                                                                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Gawat Darurat                                                                                                   |

## 7. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

|                                 |                                                                                                                                                           |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana                                                                                                                 |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan dan efektifitas                                                                                                                             |
| Tujuan Indikator                | : 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      | : 1 bulan                                                                                                                                                 |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 bulan                                                                                                                                                 |
| Numerator                       | : Tim penanggulangan bencana Rumah Sakit                                                                                                                  |
| Denominator                     | : Tidak ada                                                                                                                                               |
| Nilai                           | : Satu tim                                                                                                                                                |
| Sumber data                     | : IGD                                                                                                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Wadir Pelayanan Medis dan Keperawatan                                                                                                                   |

8. Kematian Pasien  $\leq 24$  Jam

|                                 |                                                                                                |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kematian pasien $\leq 24$ Jam di Gawat Darurat                                               |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan dan efektifitas                                                                  |
| Tujuan Indikator                | : Terselenggaranya Pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat         |
| Definisi Operasional            | : Kematian $\leq 24$ Jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang |
| Frekuensi Pengumpulan Data      | : setiap bulan                                                                                 |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                      |
| Numerator                       | : Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq 24$ Jam sejak pasien datang                 |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien yang ditangani Gawat Darurat                                           |
| Nilai                           | : $\leq 2$ perseribu                                                                           |
| Sumber data                     | : Rekam Medik                                                                                  |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Gawat Darurat                                                               |

## 9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka

|                                 |                                                                                                                            |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka                                                                   |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas dan keselamatan                                                                                              |
| Tujuan Indikator                | : 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 diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data      | : 1 bulan                                                                                                                  |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                  |
| Numerator                       | : Jumlah pasien Gawat Darurat yang tidak membayar uang muka                                                                |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat                                                                       |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                    |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                   |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Bagian Keuangan                                                                                                   |

## 10. Kepuasan Pelanggan

|                                 |                                                                                             |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kepuasan Pelanggan                                                                        |
| Dimensi Mutu                    | : Kenyamanan                                                                                |
| Tujuan Indikator                | : Terselenggaranya pelayanan Gawat Darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan di IGD  |
| Definisi Operasional            | : Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Gawat Darurat |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                   |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                   |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)        |
| Denominator                     | : Jumlah total pasien yang disurvei (Minimal N=50)                                          |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                    |
| Nilai                           | : $\geq 80$ %                                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite Mutu                                                                         |

**B. Pelayanan Rawat Jalan**  
**SPM :**

| No | Jenis Pelayanan       | Standar Pelayanan Minimal                                                                                                                |                                  | Penanggung Jawab          |
|----|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
|    |                       | Indikator                                                                                                                                | Nilai                            |                           |
| 1  | 2                     | 3                                                                                                                                        | 4                                | 5                         |
| 2. | Pelayanan Rawat Jalan | 1. Pemberi pelayanan di poliklinik dokter spesialis                                                                                      | 100 %                            | Ka. Instalasi Rawat Jalan |
|    |                       | 2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan                                                                                                    | 100 %                            | Ka. Instalasi Rawat Jalan |
|    |                       | 3. Ketersediaan pelayanan rawat jalan sub spesialis bedah                                                                                | 100 %                            | Ka. Instalasi Rawat Jalan |
|    |                       | 4. Ketersediaan pelayanan rawat jalan sub spesialis anak                                                                                 | 100 %                            | Ka. Instalasi Rawat Jalan |
|    |                       | 5. Ketersediaan pelayanan rawat jalan sub spesialis obsgyn                                                                               | 100 %                            | Ka. Instalasi Rawat Jalan |
|    |                       | 6. Ketersediaan pelayanan rawat jalan sub spesialis penyakit dalam                                                                       | 100 %                            | Ka. Instalasi Rawat Jalan |
|    |                       | 7. Buka pelayanan sesuai ketentuan setiap hari kerja. jam 8.00 – 15.00, kecuali hari jumat                                               | 100 %                            | Ka. Instalasi Rawat Jalan |
|    |                       | 8. Waktu tunggu di Rawat Jalan $\leq$ 60 menit                                                                                           | 100 %                            | Ka. Instalasi Rawat Jalan |
|    |                       | 9. Kepuasan Pelanggan                                                                                                                    | $\geq 80$ %                      | Ketua Komite Mutu         |
|    |                       | 10. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB<br>b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit | a. $\geq 60$ %<br>b. $\geq 60$ % | Ka. Instalasi Rawat Jalan |

Uraian :

1. Pemberi pelayanan di poliklinik dokter spesialis

|                                 |                                                                                                            |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pemberi pelayanan di poliklinik dokter spesialis                                                         |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi Teknis                                                                                        |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan poliklinik oleh dokter spesialis yang kompeten                                     |
| Definisi Operasional            | : Klinik Spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis  |
| Frekuensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                  |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                  |
| Numerator                       | : Jumlah seluruh hari buka poliklinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh hari buka poliklinik spesialis dalam satu bulan                                           |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                    |
| Sumber data                     | : Register rawat jalan poliklinik spesialis                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Jalan                                                                             |

## 2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketersediaan pelayanan Rawat Jalan                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik di Rumah Sakit                                                                                                                                                                                                                                 |
| Definisi Operasional            | : Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan spesialistik meliputi semua jenis spesialis (Bedah, Anak, Kebidanan, Penyakit Dalam, Anastesi, Mata, THT, Paru, Jantung, Saraf, Kulit/kelamin, Jiwa, Rehabilitasi medis, ) |
| Frekuensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Numerator                       | : Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)                                                                                                                                                                                                                                |
| Denominator                     | : Semua jenis pelayanan spesialistik                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Sumber data                     | : Register Rawat Jalan                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Jalan                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## 3. Ketersediaan pelayanan rawat jalan sub spesialis bedah

|                                 |                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketersediaan pelayanan rawat Jalan sub spesialis bedah                                                                                                                                                                     |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                                                                                                                                                                      |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan sub spesialis bedah di Rumah Sakit                                                                                                                                                 |
| Definisi Operasional            | : Pelayanan rawat jalan sub spesialis bedah adalah pelayanan rawat jalan sub spesialis bedah meliputi bedah Urologi, bedah ortopedi, bedah digestive, bedah plastik, bedah saraf, bedah anak, bedah thoraks, bedah Oncologi. |
| Frekuensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                    |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                    |
| Numerator                       | : Jenis-jenis pelayanan rawat jalan sub spesialis Bedah yang ada (kualitatif)                                                                                                                                                |
| Denominator                     | : Semua jenis pelayanan sub spesialis bedah                                                                                                                                                                                  |
| Sumber data                     | : Rekam medis                                                                                                                                                                                                                |
| Nilai                           | : 100%                                                                                                                                                                                                                       |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Jalan                                                                                                                                                                                               |

## 4. Ketersediaan pelayanan rawat jalan sub spesialis anak

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Ketersediaan pelayanan rawat Jalan sub Spesialis anak                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Dimensi Mutu                 | : Akses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Tujuan Indikator             | : Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan sub Spesialis anak                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Definisi Operasional         | : Pelayanan rawat jalan sub Spesialis anak adalah pelayanan rawat jalan sub Spesialis anak yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan Sub spesialis anak meliputi kardiologi, Alergi imunologi, Perinatologi, nefrologi, gastroenterologi, , Hematologi , Respirologi, pediatrik sosial, gizi, neuropediatri, endokrin, infeksi tropis. |
| Frekuensi updating indikator | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Periode dilakukan analisa    | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Numerator                    | : Jenis-jenis pelayanan rawat jalan sub Spesialis anak yang ada (kualitatif)                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                 |                                            |
|---------------------------------|--------------------------------------------|
| Denominator                     | : Semua jenis pelayanan sub spesialis anak |
| Sumber data                     | : Register Rawat Jalan                     |
| Nilai                           | : 100%                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Jalan             |

#### 5. Ketersediaan pelayanan rawat jalan sub spesialis obsgyn

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketersediaan pelayanan rawat Jalan sub spesialis obsgyn                                                                                                                                                                             |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                                                                                                                                                                               |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan sub Spesialis obsgyn di Rumah Sakit                                                                                                                                                         |
| Definisi Operasional            | : Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan sub Spesialis obsgyn yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan sub Spesialis obsgyn meliputi: Endokrinologi reproduksi, Oncologi, fetomaternal dan Uroginekologi. |
| Frekuensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                             |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                             |
| Numerator                       | : Jenis-jenis pelayanan rawat jalan sub Spesialis obsgyn yang ada (kualitatif)                                                                                                                                                        |
| Denominator                     | : Semua jenis pelayanan sub spesialis Obsgin                                                                                                                                                                                          |
| Sumber data                     | : Register Rawat Jalan                                                                                                                                                                                                                |
| Nilai                           | : 100%                                                                                                                                                                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Jalan                                                                                                                                                                                                        |

#### 6. Ketersediaan pelayanan rawat jalan sub spesialis penyakit dalam

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketersediaan pelayanan rawat jalan sub spesialis penyakit dalam                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan sub spesialis Penyakit Dalam di Rumah Sakit                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Definisi Operasional            | : Pelayanan rawat jalan sub spesialis Penyakit Dalam adalah pelayanan rawat jalan sub spesialis Penyakit Dalam yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan sub spesialis Penyakit Dalam meliputi: ginjal dan hipertensi, endokrin dan metabolik, lambung dan hati, tropik dan infeksi, geriatri, hematologi dan oncologi. |
| Frekuensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Numerator                       | : Jenis-jenis pelayanan rawat jalan sub Spesialis Penyakit Dalam yang ada (kualitatif)                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Denominator                     | : Semua jenis pelayanan sub spesialis Penyakit Dalam                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Sumber data                     | : Register Rawat Jalan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Jalan                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

#### 7. Buka pelayanan sesuai ketentuan setiap hari kerja senin sampai sabtu jam 7.30 – 14.00 WIB

|                              |                                                                                                                                                     |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Buka pelayanan sesuai ketentuan setiap hari kerja senin sd sabtu jam 7.30 –14.00                                                                  |
| Dimensi Mutu                 | : Akses                                                                                                                                             |
| Tujuan Indikator             | : Tersedianya 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 08.00 s.d. 15.00 setiap hari kerja kecuali jum'at. |
| Frekuensi updating indikator | : 1 bulan                                                                                                                                           |

|                                 |                                                                                              |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                    |
| Numerator                       | : Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan                    |
| Sumber data                     | : Register Rawat Jalan                                                                       |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Jalan                                                               |

#### 8. Waktu Tunggu di Rawat Jalan $\leq 60$

|                                 |                                                                                                                                 |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tunggu di Rawat Jalan $\leq 60$ menit                                                                                   |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                                                                         |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan Rawat Jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien |
| Definisi Operasional            | : Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis                        |
| Frekuensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                       |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                       |
| Numerator                       | : Jumlah pasien dengan waktu tunggu rawat jalan $\leq 60$ menit yang di survei                                                  |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei                                                                               |
| Sumber data                     | : Survei pasien rawat jalan                                                                                                     |
| Nilai                           | : 100%                                                                                                                          |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Jalan                                                                                                  |

#### 9. Kepuasan Pelanggan

|                                 |                                                                                           |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan                                                     |
| Dimensi Mutu                    | : Kenyamanan                                                                              |
| Tujuan Indikator                | : Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan         |
| Definisi Operasional            | : Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                 |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                 |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei          |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (Minimal N=50)                          |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                  |
| Nilai                           | : $\geq 80$ %                                                                             |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite Mutu                                                                       |

#### 10.a. Penegakan Diagnosis Tuberkulosis (TB) melalui pemeriksaan mikroskopis TB

|                              |                                                                                                 |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB                                     |
| Dimensi Mutu                 | : Efektifitas dan Keselamatan                                                                   |
| Tujuan Indikator             | : Terlaksananya Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB                                 |
| Definisi Operasional         | : Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan          |
| Frekuensi updating indikator | : 3 bulan                                                                                       |
| Periode dilakukan analisa    | : 6 bulan                                                                                       |
| Numerator                    | : Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di Rumah Sakit dalam 3 bulan |
| Denominator                  | : Jumlah penegakan diagnosis TB di Rumah Sakit dalam 3 bulan                                    |

|                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| Nilai                           | : $\geq 60 \%$                 |
| Sumber data                     | : Rekam Medik                  |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Jalan |

10.b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit

|                                 |                                                                               |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit           |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas                                                                 |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit                 |
| Definisi Operasional            | : Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang di rawat jalan di Rumah Sakit |
| Frekuensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                     |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                     |
| Numerator                       | : Jumlah seluruh pasien TB yang dirawat jalan yang dicatat dan dilaporkan     |
| Denominator                     | : Seluruh kasus TB yang dirawat inap di Rumah Sakit                           |
| Nilai                           | : $\geq 60 \%$                                                                |
| Sumber data                     | : Rekam Medik                                                                 |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Jalan                                                |

**C. Pelayanan Gigi Mulut**

**SPM :**

| No | Jenis Pelayanan      | Standar Pelayanan Minimal                                      |              | Penanggung Jawab         |
|----|----------------------|----------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|
|    |                      | Indikator                                                      | Nilai        |                          |
| 1  | 2                    | 3                                                              | 4            | 5                        |
| 3. | Pelayanan Gigi Mulut | 1. Pemberi pelayanan gigi mulut : dokter gigi, perawat D3 gigi | 100 %        | Ka. Instalasi Gigi Mulut |
|    |                      | 2. Ketersediaan pelayanan spesialisik gigi mulut               | 100 %        | Ka. Instalasi Gigi Mulut |
|    |                      | 3. Waktu tunggu pelayanan gigi mulut $\leq 30$ menit           | 100 %        | Ka. Instalasi Gigi Mulut |
|    |                      | 4. Kepuasan pelanggan                                          | $\geq 80 \%$ | Ketua Komite Mutu        |

**Uraian :**

1. Pemberi pelayanan gigi mulut : dokter gigi, perawat D3 gigi

|                                 |                                                                                                                                              |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pemberi pelayanan gigi mulut : dokter gigi, perawat D3 gigi                                                                                |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi Teknis                                                                                                                          |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan Gigi Mulut oleh dokter gigi dan perawat yang kompeten                                                                |
| Definisi Operasional            | : Pemberi pelayanan Gigi Mulut adalah: dokter gigi Spesialis, dokter gigi dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)                      |
| Frekuensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                    |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                    |
| Numerator                       | : Jumlah pasien yang mendapat pelayanan gigi mulut dari tenaga dokter gigi spesialis, dokter gigi dan perawat sesuai ketentuan yang disurvei |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien yang disurvei                                                                                                        |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                      |
| Sumber data                     | : Survei dan Kepegawaian                                                                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Jalan                                                                                                               |



## 2. Ketersediaan pelayanan spesialisik gigi mulut

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketersediaan pelayanan spesialisik gigi mulut                                                                                                                                                                                                  |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                                                                                                                                                                                          |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya jenis pelayanan spesialisik gigi mulut di rumah sakit                                                                                                                                                                              |
| Definisi Operasional            | : Pelayanan Spesialistik Gigi Mulut adalah pelayanan yang diberikan oleh dokter gigi spesialis meliputi bedah mulut, konservasi gigi, periodonsia, prostodonsia, kesehatan gigi anak, penyakit mulut, bedah mulut, orthodonsia, dental radiologi |
| Frekuensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                        |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                        |
| Numerator                       | : Jenis-jenis pelayanan spesialisik gigi mulut (kualitatif)                                                                                                                                                                                      |
| Denominator                     | : Semua jenis pelayanan spesialisik gigi mulut                                                                                                                                                                                                   |
| Nilai                           | : Register Rawat Jalan                                                                                                                                                                                                                           |
| Sumber data                     | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                          |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Jalan                                                                                                                                                                                                                   |

3. Waktu tunggu pelayanan gigi mulut  $\leq 30$  menit

|                                 |                                                                                                                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tunggu pelayanan gigi mulut $\leq 30$ menit                                                                                  |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                                                                              |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan Gigi Mulut pada hari kerja di Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien                           |
| Definisi Operasional            | : Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai mendapat pelayanan Gigi Mulut di poliklinik gigi dan mulut |
| Frekuensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                            |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                            |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan Gigi Mulut yang di survei                                                                  |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien poliklinik Gigi Mulut yang disurvei                                                                          |
| Nilai                           | : Survei pasien Gigi Mulut                                                                                                           |
| Sumber data                     | : 100 %                                                                                                                              |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Jalan                                                                                                       |

## 4. Kepuasan Pelanggan

|                                 |                                                                                           |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kepuasan Pelanggan Gigi Mulut                                                           |
| Dimensi Mutu                    | : Kenyamanan                                                                              |
| Tujuan Indikator                | : Terselenggaranya pelayanan Gigi Mulut yang mampu memberikan kepuasan pelanggan          |
| Definisi Operational            | : Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                 |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                 |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien gigi mulut yang disurvei           |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien gigi mulut yang disurvei (Minimal N=50)                           |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                  |
| Nilai                           | : $\geq 80$ %                                                                             |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite Mutu                                                                       |



**D. Pelayanan Rawat Inap**  
**SPM :**

| No | Jenis Pelayanan      | Standar Pelayanan Minimal                                                                                                                |                                      | Penanggung Jawab         |
|----|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
|    |                      | Indikator                                                                                                                                | Nilai                                |                          |
| 1  | 2                    | 3                                                                                                                                        | 4                                    | 5                        |
| 4. | Pelayanan Rawat Inap | 1. Pemberi pelayanan di rawat inap<br>a. dr. Spesialis<br>b. Perawat minimal D3                                                          | 100 %                                | Ka. Instalasi Rawat Inap |
|    |                      | 2. Dokter ahli penanggungjawab pasien rawat inap                                                                                         | 100 %                                | Ka. Instalasi Rawat Inap |
|    |                      | 3. Ketersediaan pelayanan rawat inap                                                                                                     | 100 %                                | Ka. Instalasi Rawat Inap |
|    |                      | 4. Jam visite dokter spesialis sesuai jam dinas                                                                                          | 100 %                                | Ka. Instalasi Rawat Inap |
|    |                      | 5. Kejadian infeksi pasca operasi                                                                                                        | $\leq 1,5$ %                         | Ketua Komite PPI         |
|    |                      | 6. Kejadian infeksi nosokomial                                                                                                           | $\leq 1,5$ %                         | Ketua Komite PPI         |
|    |                      | 7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian                                                                  | 100 %                                | Ketua Komite K3          |
|    |                      | 8. Kematian pasien > 48 jam                                                                                                              | $\leq 0,24$ %                        | Ka. Instalasi Rawat Inap |
|    |                      | 9. Kejadian pulang paksa                                                                                                                 | $\leq 5$ %                           | Ka. Instalasi Rawat Inap |
|    |                      | 10. Kepuasan pelanggan                                                                                                                   | $\geq 80$ %                          | Ketua Komite Mutu        |
|    |                      | 11. a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB<br>b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit | a. $\geq 60$ %<br><br>b. $\geq 60$ % | Ka. Instalasi Rawat Inap |

Uraian :

1. Pemberi pelayanan di rawat inap

|                                 |                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pemberi pelayanan di rawat inap (dokter spesialis dan tenaga perawat yang minimal berijazah D3)                                                                      |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi Teknis                                                                                                                                                    |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten                                                                                                           |
| Definisi Operasional            | : Pemberi pelayanan rawat inap adalah pelayanan yang diberikan oleh dokter spesialis dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3) terhadap pasien yang di rawat inap. |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                                                              |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                                                              |
| Numerator                       | : Jumlah pasien di rawat inap yang dilayani oleh tenaga dokter spesialis dan perawat sesuai dengan ketentuan di ruang rawat inap yang disurvei                         |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien di rawat inap yang disurvei                                                                                                                    |
| Sumber data                     | : Survei dan Kepegawaian                                                                                                                                               |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Inap                                                                                                                                          |

## 2. Dokter ahli penanggung jawab pasien rawat inap

|                                 |                                                                                                                                            |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Dokter ahli penanggung jawab pasien rawat inap                                                                                           |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan                                                                                               |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan                                               |
| Definisi Operasional            | : Penanggung Jawab rawat inap adalah dokter ahli di bidangnya yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                                  |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                                  |
| Numerator                       | : Jumlah pasien dalam satu bulan yang ditangani tenaga dokter ahli sebagai penanggung jawab                                                |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan                                                                                        |
| Sumber data                     | : Rekam Medik                                                                                                                              |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                    |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Inap                                                                                                              |

## 3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap                                                                                                                                                                                                              |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                                                                                                                                                                                          |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang lengkap di Rumah Sakit                                                                                                                                                                             |
| Definisi Operasional            | : Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring untuk semua jenis pelayanan seperti : Bedah, Penyakit Dalam, Paru, Anak, Saraf, Kebidanan Penyakit kandungan, Mata, THT, Intensif , paru, jantung. |
| Frekwensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                        |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                        |
| Numerator                       | : Jenis-jenis pelayanan rawat inap yang ada (kualitatif)                                                                                                                                                                                         |
| Denominator                     | : Semua jenis pelayanan rawat inap                                                                                                                                                                                                               |
| Sumber data                     | : Rekam medik                                                                                                                                                                                                                                    |
| Nilai                           | : 100%                                                                                                                                                                                                                                           |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Inap                                                                                                                                                                                                                    |

## 4. Jam visite dokter spesialis sesuai jam dinas

|                                 |                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Jam Visite Dokter Spesialis                                                                                                                                                          |
| Dimensi Mutu                    | : Akses, kesinambungan pelayanan                                                                                                                                                       |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan                                                                                                    |
| Definisi Operasional            | : Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis tiap hari sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan pada jam dinas |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                              |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                              |
| Numerator                       | : Jumlah visite dokter spesialis yang dilakukan pada jam dinas pada saat disurvei                                                                                                      |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh visite dokter spesialis yang disurvei                                                                                                                                 |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                                                               |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Inap                                                                                                                                                          |

## 5. Kejadian infeksi pasca operasi

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kejadian Infeksi Pasca Operasi                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan dan kenyamanan                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Tujuan Indikator                | : 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 dan ditandai oleh rasa panas (dolor), kemerahan (color), pembengkakan (tumor), dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Numerator                       | : Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                                |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                                              |
| Sumber data                     | : Rekam Medis                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Nilai                           | : $\leq 1,5\%$                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite PPI                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## 6. Kejadian infeksi nosokomial

|                                 |                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kejadian Infeksi Nosokomial                                                                                                                                                   |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan pasien                                                                                                                                                            |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya mutu dan profesionalisme pelayanan keperawatan                                                                                                                   |
| Definisi Operasional            | : Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di Rumah Sakit, yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                       |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                       |
| Numerator                       | : Jumlah pasien rawat inap yang mengalami infeksi nosokomial dalam satu bulan                                                                                                   |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien yang dirawat selama satu bulan                                                                                                                          |
| Sumber data                     | : Survei, laporan infeksi nosokomial                                                                                                                                            |
| Nilai                           | : $\leq 1,5\%$                                                                                                                                                                  |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite PPI                                                                                                                                                              |

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

|                              |                                                                                                                                                                              |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian                                                                                                       |
| Dimensi Mutu                 | : Keselamatan pasien                                                                                                                                                         |
| Tujuan Indikator             | : Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien                                                                                                                   |
| Definisi Operasional         | : Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi dan sebagainya yang berakibat kecacatan atau kematian |
| Frekwensi updating indikator | : 1 bulan                                                                                                                                                                    |
| Periode dilakukan analisa    | : 3 bulan                                                                                                                                                                    |
| Numerator                    | : Jumlah pasien yang dirawat tanpa kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian dalam bulan tersebut yang disurvei                                                |
| Denominator                  | : Jumlah pasien yang dirawat inap dalam bulan tersebut yang disurvei                                                                                                         |
| Sumber data                  | : Rekam Medis                                                                                                                                                                |

|                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| Nilai                           | : 100 %           |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite K3 |

## 8. Kematian pasien &gt; 48 Jam

|                                 |                                                                                                                    |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kematian Pasien > 48 Jam                                                                                         |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan dan efektifitas                                                                                      |
| Tujuan Indikator                | : 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 pasien di rawat inap di Rumah Sakit |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                          |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                          |
| Numerator                       | : Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 Jam dalam satu bulan                                             |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam bulan                                                                   |
| Sumber data                     | : Rekam Medis                                                                                                      |
| Nilai                           | : $\leq 0,24$ %                                                                                                    |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Inap                                                                                      |

## 9. Kejadian Pulang Paksa

|                                       |                                                                                                                      |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                             | : Kejadian Pulang Paksa                                                                                              |
| Dimensi Mutu                          | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan                                                                               |
| Tujuan Indikator                      | : Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan Rumah Sakit                                           |
| Definisi Operasional                  | : Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter |
| Frekwensi updating indikator          | : 1 bulan                                                                                                            |
| Periode dilakukan analisa             | : 3 bulan                                                                                                            |
| Numerator                             | : Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan                                                                        |
| Denominator                           | : Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam bulan                                                                     |
| Sumber data numerator dan denominator | : Rekam Medis                                                                                                        |
| Nilai                                 | : $\leq 5$ %                                                                                                         |
| Penanggung jawab pengumpul data       | : Kepala Instalasi Rawat Inap                                                                                        |

## 10. Kepuasan Pelanggan

|                                 |                                                                                          |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kepuasan Pelanggan Rawat Inap                                                          |
| Dimensi Mutu                    | : Kenyamanan                                                                             |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap                     |
| Definisi Operasional            | : Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)     |
| Denominator                     | : Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)                                       |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                 |
| Nilai                           | : $\geq 80$ %                                                                            |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite Mutu                                                                      |

## 11. a. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

|                                 |                                                                                        |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB                            |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas dan keselamatan                                                          |
| Tujuan Indikator                | : Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB                        |
| Definisi Operasional            | : Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pasca pasien rawat inap |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                              |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                              |
| Numerator                       | : Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB 3 bulan             |
| Denominator                     | : Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan                                          |
| Sumber data                     | : Rekam Medik                                                                          |
| Nilai                           | : $\geq 60\%$                                                                          |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Inap                                                          |

## 11.b.Terlaksananya kegiatan Pencatatan dan pelaporan tuberculosi (TB) di Rumah Sakit

|                                 |                                                                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Terlaksananya kegiatan Pencatatan dan pelaporan tuberculosi (TB) di Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas                                                                     |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit                     |
| Definisi Operasional            | : Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang dirawat inap di Rumah Sakit       |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                         |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                         |
| Numerator                       | : Jumlah seluruh pasien TB yang dirawat inap yang dicatat dan dilaporkan          |
| Denominator                     | : Seluruh kasus TB yang dirawat inap di Rumah Sakit                               |
| Sumber data                     | : Rekam Medik                                                                     |
| Nilai                           | : $\geq 60\%$                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Inap                                                     |

## E. Pelayanan Bedah

## SPM :

| No | Jenis Pelayanan | Standar Pelayanan Minimal                                                                 |               | Penanggung Jawab            |
|----|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------|
|    |                 | Indikator                                                                                 | Nilai         |                             |
| 1  | 2               | 3                                                                                         | 4             | 5                           |
| 5. | Pelayanan Bedah | 1. Waktu tunggu operasi elektif                                                           | $\leq 2$ hari | Ka. Instalasi Bedah Sentral |
|    |                 | 2. Kejadian kematian di meja operasi                                                      | $\leq 1\%$    | Ka. Instalasi Bedah Sentral |
|    |                 | 3. Tidak ada kejadian operasi salah sisi                                                  | 100 %         | Ka. Instalasi Bedah Sentral |
|    |                 | 4. Tidak ada kejadian operasi salah orang                                                 | 100 %         | Ka. Instalasi Bedah Sentral |
|    |                 | 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi                                      | 100 %         | Ka. Instalasi Bedah Sentral |
|    |                 | 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi | 100 %         | Ka. Instalasi Bedah Sentral |
|    |                 | 7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan ET         | $\leq 6\%$    | Ka. Instalasi Anestesi      |

Uraian :

1. Waktu tunggu operasi elektif

|                                 |                                                                                                                                             |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Masa Tunggu Operasi (MSO) $\leq 2$ hari                                                                                                   |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efesien                                                                                             |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah                                                                                 |
| Definisi Operasional            | : Masa tunggu operasi adalah tenggang waktu mulai dokter menjadwalkan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                   |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                   |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi $\leq 2$ hari dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan                                   |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut                                                                                         |
| Sumber data                     | : Rekam Medis                                                                                                                               |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Bedah Sentral                                                                                                            |

2. Kejadian kematian di meja operasi

|                                 |                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kejadian kematian di meja operasi                                                                                                                                     |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan dan efektifitas                                                                                                                                           |
| Tujuan Indikator                | : Mengetahui angka kematian di meja operasi                                                                                                                             |
| Definisi Operasional            | : Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan dan sentinel event                                                                                                                                            |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 bulan dan sentinel event                                                                                                                                            |
| Numerator                       | : Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan                                                                                                          |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan                                                                                                     |
| Sumber data                     | : Rekam Medis dan laporan keselamatan pasien                                                                                                                            |
| Nilai                           | : $\leq 1$ %                                                                                                                                                            |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Bedah Sentral                                                                                                                                        |

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

|                                 |                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Tidak adanya kejadian operasi salah sisi                                                                                                                                                                           |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan pasien                                                                                                                                                                                                 |
| Tujuan Indikator                | : 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 |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan dan sentinel event                                                                                                                                                                                         |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 bulan dan sentinel event                                                                                                                                                                                         |
| Numerator                       | : Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan                                                                                      |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan                                                                                                                                                                |
| Sumber data                     | : Rekam Medis dan laporan keselamatan pasien                                                                                                                                                                         |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                              |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Bedah Sentral                                                                                                                                                                                     |

## 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

|                                 |                                                                                                                    |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Tidak adanya kejadian operasi salah orang                                                                        |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan pasien                                                                                               |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien                       |
| Definisi Operasional            | : Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah                       |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan dan sentinel event                                                                                       |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 bulan dan sentinel event                                                                                       |
| Numerator                       | : Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan                                                              |
| Sumber data                     | : Rekam Medis dan laporan keselamatan pasien/komite medik                                                          |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                            |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Bedah Sentral                                                                                   |

## 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

|                                 |                                                                                                                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi                                                                                 |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan pasien                                                                                                                |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan         |
| Definisi Operasional            | : Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan dan sentinel event                                                                                                        |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 bulan dan sentinel event                                                                                                        |
| Numerator                       | : Jumlah pasien yang di operasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan     |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan                                                                                     |
| Sumber data                     | : Rekam Medis                                                                                                                       |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                             |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Bedah Sentral                                                                                                    |

## 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi

|                                 |                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi                                                                                   |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan pasien                                                                                                                                                       |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi                                                                                  |
| Definisi Operasional            | : Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing/lain seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan dan sentinel event                                                                                                                                               |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 bulan dan sentinel event                                                                                                                                               |
| Numerator                       | : Jumlah pasien yang di operasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing/lain dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan         |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan                                                                                                                            |
| Sumber data                     | : Rekam Medis                                                                                                                                                              |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                    |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Bedah Sentral                                                                                                                                           |



7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan Endotracheal Tube (ET)

|                                 |                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan Endotracheal Tube(ET)                                                                                  |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan pasien                                                                                                                                                                |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung                                                                              |
| Definisi Operasional            | : Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan dan sentinel event                                                                                                                                                        |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 bulan dan sentinel event                                                                                                                                                        |
| Numerator                       | : Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan                                                                                                                 |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan                                                                                                                                     |
| Sumber data                     | : Rekam Medis                                                                                                                                                                       |
| Nilai                           | : $\leq 6 \%$                                                                                                                                                                       |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Anestesi                                                                                                                                                         |

**F. Pelayanan Persalinan, Perinatologi, dan Keluarga Berencana**

**SPM :**

| No | Jenis Pelayanan                          | Standar Pelayanan Minimal                                                                    |                                                                                   | Penanggung Jawab            |
|----|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|    |                                          | Indikator                                                                                    | Nilai                                                                             |                             |
| 1  | 2                                        | 3                                                                                            | 4                                                                                 | 6                           |
| 6. | Pelayanan Persalinan Perinatologi dan KB | 1. Kejadian kematian ibu karena persalinan                                                   | a. Pendarahan $\leq 1\%$<br>b. Preeklampsia $\leq 30\%$<br>c. Sepsis $\leq 0,2\%$ | Ka. Kamar Bersalin          |
|    |                                          | 2. Pemberi pelayanan persalinan normal Dokter Sp. OG dan Bidan sudah terlatih APN            | 100 %                                                                             | Ka. Kamar Bersalin          |
|    |                                          | 3. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan penyulit Dokter Sp. OG, dr. Sp. A dan Bidan terlatih  | 100 %                                                                             | Ka. Kamar Bersalin          |
|    |                                          | 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi dr. Sp. OG, dr. Sp. A dan dr. Sp. An | 100 %                                                                             | Ka. Instalasi Bedah Sentral |
|    |                                          | 5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr                                                  | 100 %                                                                             | Ka. Instalasi NICU          |
|    |                                          | 6. Pertolongan persalinan melalui Seksio Caesaria                                            | $\leq 20 \%$                                                                      | Ka. Kamar Bersalin          |
|    |                                          | 7. Kepuasan pelanggan                                                                        | $\geq 80 \%$                                                                      | Ketua Komite Mutu           |
|    |                                          | 8. Persentase pelayanan KB mantap                                                            | 100 %                                                                             | Ka. Bid. Pelayanan          |



Uraian :

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kejadian kematian ibu karena persalinan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Tujuan Indikator                | : Mengetahui mutu pelayanan Rumah Sakit terhadap pelayanan kasus persalinan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Definisi Operasional            | : Kematian ibu mencakup : pendarahan, pre eklamsia, sepsis<br>Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dua dari tiga tanda yi :<br>a. Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg<br>b. Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif<br>c. Oedem tungkai<br>Eklampsia adalah tanda pre eklamsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran<br>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong. Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Numerator                       | : Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis (masing-masing penyebab)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Denominator                     | : Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Sumber data                     | : Rekam Medis Rumah Sakit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Standar                         | : Pendarahan < 1 %, Pre-eklampsia < 30 %, sepsis ≤ 0,2 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Kamar Bersalin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

2. Pemberi pelayanan Persalinan Normal

|                                 |                                                                                                                                                         |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pemberi pelayanan persalinan normal                                                                                                                   |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis                                                                                                                                     |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten                                                                                     |
| Definisi Operasional            | : Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dan bidan terlatih APN (asuhan persalinan normal)                                            |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                               |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                               |
| Numerator                       | : Jumlah pasien kamar bersalin dengan persalinan normal yang ditangani tenaga dokter Sp.OG, dan bidan terlatih (asuhan persalinan normal) yang disurvei |
| Denominator                     | : Jumlah pasien persalinan normal di kamar bersalin yang disurvei                                                                                       |
| Sumber data                     | : Survei dan Kepegawaian                                                                                                                                |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                 |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Kamar Bersalin                                                                                                                                 |

## 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Definisi Operasional            | : Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah TIM PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, Sp.A dan bidan yang terlatih. Penyulit dalam persalinan meliputi distosia, eklampsia, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, pendarahan antepartum, eklampsia dan pre eklampsia berat, tali pusar menumbung |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Numerator                       | : Jumlah pasien persalinan dengan penyulit di kamar bersalin yang ditangani tenaga dokter Sp.OG, bidan yang terlatih                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Denominator                     | : Jumlah pasien persalinan dengan penyulit di kamar bersalin yang disurvei                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Sumber data                     | : Kepegawaian dan Rekam Medis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Kamar Bersalin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

## 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

|                                 |                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi                                                                                                                         |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis                                                                                                                                                            |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten                                                                                           |
| Definisi Operasional            | : Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp.OG, dokter spesialis anestesi, dokter spesialis anak                                                   |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                      |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                      |
| Numerator                       | : Jumlah pasien dengan persalinan dengan tindakan operasi di kamar bersalin yang ditangani tenaga dokter Sp.OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang disurvei |
| Denominator                     | : Jumlah pasien dengan persalinan dengan tindakan operasi di kamar bersalin yang disurvei                                                                                      |
| Sumber data                     | : Kepegawaian                                                                                                                                                                  |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Bedah Central                                                                                                                                               |

## 5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

|                              |                                                         |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr            |
| Dimensi Mutu                 | : Efektifitas dan keselamatan                           |
| Tujuan Indikator             | : Tergambarnya kemampuan RS dalam menangani BBLR        |
| Definisi Operasional         | : BBLR adalah bayi yang lahir dengan BB 1500 gr-2500 gr |
| Frekwensi updating indikator | : 1 bulan                                               |
| Periode dilakukan analisa    | : 3 bulan                                               |
| Numerator                    | : Jumlah BBLR 1500 gr-2500 gr yang berhasil ditangani   |
| Denominator                  | : Jumlah seluruh BBLR $\leq$ 1500 gr yang ditangani     |
| Sumber data                  | : Rekam Medis                                           |

|                                 |                         |
|---------------------------------|-------------------------|
| Nilai                           | : 100 %                 |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala instalasi NICU |

#### 6. Pertolongan persalinan melalui Seksio Caesaria

|                                 |                                                                                                        |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pertolongan persalinan melalui Seksio Cesaria                                                        |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, keselamatan dan efisiensi                                                               |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya pertolongan persalinan di Rumah Sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien           |
| Definisi Operasional            | : Seksio Cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergency |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                              |
| Periode dilakukan analisa       | 3 bulan                                                                                                |
| Numerator                       | : Jumlah persalinan dengan Seksio Cesaria dalam 1 bulan                                                |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan                                                              |
| Sumber data                     | : Rekam Medis                                                                                          |
| Nilai                           | : $\leq 20$ %                                                                                          |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Kamar Bersalin                                                                                |

#### 7. Kepuasan pelanggan

|                                 |                                                                                          |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kepuasan pasien persalinan                                                             |
| Dimensi Mutu                    | : Kenyamanan                                                                             |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan                        |
| Definisi Operasional            | : Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                |
| Periode dilakukan analisa       | 6 bulan                                                                                  |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)     |
| Denominator                     | : Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)                                       |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                 |
| Nilai                           | : $\geq 80$ %                                                                            |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite Mutu                                                                      |

#### 8. Persentase pelayanan Keluarga Berencana mantap

|                                 |                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Persentase pelayanan Keluarga Berencana mantap                                                                                                                          |
| Dimensi Mutu                    | : Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap                                                                                                                               |
| Tujuan Indikator                | : Mutu dan kesinambungan pelayanan                                                                                                                                        |
| Definisi Operasional            | : Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                                                                 |
| Periode dilakukan analisa       | 6 bulan                                                                                                                                                                   |
| Numerator                       | : Jenis pelayanan KB mantap                                                                                                                                               |
| Denominator                     | : Jumlah peserta KB                                                                                                                                                       |
| Sumber data                     | : Rekam Medik dan laporan KB RS                                                                                                                                           |
| Nilai                           | : $\geq 80$ %                                                                                                                                                             |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Bidang Pelayanan Medik                                                                                                                                           |

**G. Pelayanan Rawat Intensif**  
**SPM :**

| No | Jenis Pelayanan          | Standar Pelayanan Minimal                                                                     |             | Penanggung Jawab       |
|----|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------|
|    |                          | Indikator                                                                                     | Nilai       |                        |
| 1  | 2                        | 3                                                                                             | 4           | 6                      |
| 7. | Pelayanan Rawat Intensif | 1. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam        | $\leq 1 \%$ | Ka. Instalasi Intensif |
|    |                          | 2. Pemberi pelayanan Unit Intensif<br>a. Dr. Sp.An, Dr. Sp sesuai dengan kasus yang ditangani | 100 %       | Ka. Instalasi Intensif |
|    |                          | b. 100 % Perawat min. D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara (D4)                    | 100 %       | Ka. Instalasi Intensif |

**Uraian :**

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

|                                 |                                                                                                          |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam                    |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas                                                                                            |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif                                                           |
| Definisi Operasional            | : Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                |
| Numerator                       | : Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam satu bulan      |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien yang dirawat di intensif dalam satu bulan ruang                                  |
| Sumber data                     | : Rekam Medis                                                                                            |
| Nilai                           | : $\leq 1 \%$                                                                                            |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Intensif                                                                              |

- 2.a. Pemberi pelayanan unit intensif dr Sp. An dan dr Sp. Sesuai dengan kasus yang ditangani

|                                 |                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pemberi pelayanan unit intensif dr Sp. An dan dr Sp. Sesuai dengan kasus yang ditangani                                                                                                                |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis                                                                                                                                                                                      |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten                                                                                                                                                    |
| Definisi Operasional            | : Memberi pelayanan intensif adalah dokter Spesialis anastesi atau dokter spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani                                                                              |
| Frekwensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                                                                                |
| Numerator                       | : Jumlah pasien di pelayanan intensif yang ditangani oleh tenaga dokter Sp.An dan dokter spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani yang melayani pelayanan perawatan intensif pada saat disurvei |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien yang mendapat perawatan intensif yang disurvei                                                                                                                                   |
| Sumber data                     | : Survei dan Kepegawaian                                                                                                                                                                                 |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                  |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Intensif                                                                                                                                                                              |

2.b. Pemberi pelayanan unit intensif 100 % perawat min. D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara (D4)

|                                 |                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pemberi pelayanan unit Intensif 100 % perawat min. D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU / setara (D4)                                                                                                                 |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis                                                                                                                                                                                                       |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten                                                                                                                                                                     |
| Definisi Operasional            | : Pemberi pelayanan intensif perawat adalah perawat minimal D3 terlatih BTLS, PPGD dan pelayanan unit intensif (ICU)                                                                                                      |
| Frekwensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                 |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                                                                                                 |
| Numerator                       | : Jumlah pasien di pelayanan intensif yang ditangani oleh tenaga dokter sesuai ketentuan yang dibantu perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif pada saat disurvei |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien yang mendapat perawatan intensif yang disurvei                                                                                                                                                    |
| Sumber data                     | : Survei dan Kepegawaian                                                                                                                                                                                                  |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                   |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Intensif                                                                                                                                                                                               |

#### H. Pelayanan Jantung Terpadu Tingkat Awal

SPM :

| No | Jenis Pelayanan                        | Standar Pelayanan Minimal                                                     |             | Penanggung Jawab                   |
|----|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------|
|    |                                        | Indikator                                                                     | Nilai       |                                    |
| 1  | 2                                      | 3                                                                             | 4           | 6                                  |
| 8. | Pelayanan Jantung Terpadu Tingkat Awal | 1. Tersedia pelayanan jantung non invasif                                     | 100 %       | Ka. Instalasi Kateterisasi Jantung |
|    |                                        | 2. Tersedia jenis pelayanan jantung invasif non bedah                         | 100 %       | Ka. Instalasi Kateterisasi Jantung |
|    |                                        | 3. Tersedia Pelayanan jantung invasif Bedah                                   | 100 %       | Ka. Instalasi Kateterisasi Jantung |
|    |                                        | 4. Ketersediaan pelayanan kegawatdaruratan jantung di Instalasi Gawat Darurat | 100 %       | Ka. Instalasi Kateterisasi Jantung |
|    |                                        | 5. Pemberi pelayanan jantung dokter dan perawat yang kompeten                 | 100 %       | Ka. Instalasi Kateterisasi Jantung |
|    |                                        | 6. Kepuasan pelanggan                                                         | $\geq 80$ % | Ketua Komite Mutu                  |

Uraian :

1. Ketersediaan pelayanan jantung non invasif

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketersediaan pelayanan jantung non invasif                                                                                                                                                                                                                                  |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya jenis pelayanan jantung non invasif                                                                                                                                                                                                                             |
| Definisi Operasional            | : Pelayanan jantung non invasif adalah pelayanan jantung dengan ruang perawatan khusus jantung yang diberikan di Rumah sakit yang tidak memerlukan intervensi dengan dilengkapi pelayanan diagnostik seperti: TMT, echocardiografi, treadmill, ABP, Holter monitor, Telemetri |
| Frekuensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Numerator                       | : Jenis-jenis pelayanan diagnostik non invasif jantung yang ada (kualitatif)                                                                                                                                                                                                  |
| Denominator                     | : Semua jenis pelayanan jantung non invasif                                                                                                                                                                                                                                   |
| Sumber data                     | : Rekam Medis                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Kateterisasi Jantung                                                                                                                                                                                                                                       |

2. Ketersediaan pelayanan jantung invasif non bedah

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketersediaan pelayanan jantung invasif non bedah                                                                                                                                                                                 |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                                                                                                                                                                            |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya jenis pelayanan jantung invasif non bedah                                                                                                                                                                            |
| Definisi Operasional            | : Pelayanan jantung invasif non bedah adalah pelayanan jantung yang diberikan di rumah sakit tanpa memerlukan tindakan bedah seperti kateterisasi, pemasangan balon/stent, penutupan VSD, penutupan ASD, penutupan PDA, PTMC, dll. |
| Frekuensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                          |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                                                                                                          |
| Numerator                       | : Jenis-jenis pelayanan jantung invasif non bedah yang ada (kualitatif)                                                                                                                                                            |
| Denominator                     | : Semua jenis pelayanan jantung invasif non bedah                                                                                                                                                                                  |
| Sumber data                     | : Rekam Medis                                                                                                                                                                                                                      |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                            |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Kateterisasi Jantung                                                                                                                                                                                            |

3. Ketersediaan pelayanan jantung invasif bedah

|                              |                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Ketersediaan pelayanan jantung invasif bedah                                                                                                                                              |
| Dimensi Mutu                 | : Akses                                                                                                                                                                                     |
| Tujuan Indikator             | : Tersedianya jenis pelayanan jantung invasif bedah                                                                                                                                         |
| Definisi Operasional         | : Pelayanan jantung invasif bedah adalah pelayanan jantung yang diberikan di rumah sakit yang memerlukan tindakan bedah seperti By Pass (CABG), Valve Replacement, bedah tumor thorax, dll. |
| Frekuensi updating indikator | : 6 bulan                                                                                                                                                                                   |
| Periode dilakukan analisa    | : 1 tahun                                                                                                                                                                                   |
| Numerator                    | : Jenis-jenis pelayanan jantung invasif bedah yang ada (kualitatif)                                                                                                                         |
| Denominator                  | : Semua jenis pelayanan jantung invasif bedah                                                                                                                                               |
| Sumber data                  | : Rekam Medis                                                                                                                                                                               |

|                                 |                                         |
|---------------------------------|-----------------------------------------|
| Nilai                           | : 100 %                                 |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Kateterisasi Jantung |

#### 4. Ketersediaan pelayanan kegawatdaruratan jantung di Instalasi Gawat Darurat

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketersediaan pelayanan kegawatdaruratan jantung di Instalasi Gawat Darurat                                                                                                                                                                                 |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya jenis pelayanan kegawatdaruratan jantung di Instalasi Gawat Darurat                                                                                                                                                                            |
| Definisi Operasional            | : Ketersediaan pelayanan kegawatdaruratan jantung di Instalasi Gawat Darurat adalah tersedianya pelayanan kegawatdaruratan di dalam Instalasi Gawat Darurat yang memberikan pelayanan segera kepada pasien-pasien jantung yang membutuhkan pelayanan segera. |
| Frekuensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Numerator                       | : Jumlah pelayanan kegawatdaruratan jantung di Instalasi Gawat Darurat                                                                                                                                                                                       |
| Denominator                     | : Jumlah pelayanan kegawatdaruratan jantung yang seharusnya ada di Instalasi Gawat Darurat                                                                                                                                                                   |
| Sumber data                     | : Rekam Medis                                                                                                                                                                                                                                                |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Kateterisasi Jantung                                                                                                                                                                                                                      |

#### 5. Pemberi pelayanan jantung dokter dan perawat yang kompeten

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pemberi pelayanan jantung dokter dan perawat yang kompeten                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetisi teknis                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Tujuan Indikator                | : Pelayanan jantung dilakukan oleh tenaga yang berkompeten untuk ketepatan dalam penanganan pasien                                                                                                                                                                                                                |
| Definisi Operasional            | : Pelaksana ekspertisi pelayanan jantung adalah dokter spesialis jantung dan pembuluh darah; penyakit dalam konsultan kardiovaskuler, anak konsultan kradiovaskuler, bedah thorax kardiovaskuler, anestesi subspesialis jantung, dan tenaga perawat yang sudah mendapat pelatihan khusus di bidang kardiovaskuler |
| Frekwensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Numerator                       | : Jumlah pasien yang mendapat pelayanan jantung terpadu tingkat awal dari tenaga pemberi pelayanan jantung yang berkompeten yang disurvei                                                                                                                                                                         |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien yang mendapat pelayanan jantung terpadu tingkat awal yang disurvei                                                                                                                                                                                                                        |
| Sumber data                     | : Survei dan Kepegawaian                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Diklat                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

## 6. Kepuasan Pelanggan

|                                 |                                                                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kepuasan Pelanggan                                                                  |
| Dimensi Mutu                    | : Kenyamanan                                                                          |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan jantung                          |
| Definisi Operasional            | : Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan jantung |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                             |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                             |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)  |
| Denominator                     | : Jumlah total pasien yang disurvei (Minimal N=50)                                    |
| Sumber data                     | : Survei                                                                              |
| Nilai                           | : $\geq 80 \%$                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite Mutu                                                                   |

## I. Pelayanan Radiologi

## SPM :

| No | Jenis Pelayanan     | Standar Pelayanan Minimal                         |              | Penanggung Jawab        |
|----|---------------------|---------------------------------------------------|--------------|-------------------------|
|    |                     | Indikator                                         | Nilai        |                         |
| 1  | 2                   | 3                                                 | 4            | 6                       |
| 9. | Pelayanan Radiologi | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto $\leq 3$ jam | 100 %        | Ka. Instalasi Radiologi |
|    |                     | 2. Waktu tunggu pelayanan USG $\leq 2$ hari       | 100 %        | Ka. Instalasi Radiologi |
|    |                     | 3. Waktu tunggu pelayanan CT-Scan $\leq 2$ hari   | 100 %        | Ka. Instalasi Radiologi |
|    |                     | 4. Waktu tunggu pelayanan MRI $\leq 2$ hari       | 100 %        | Ka. Instalasi Radiologi |
|    |                     | 5. Pelaksana ekspertisi oleh dokter Sp.Rad        | 100 %        | Ka. Instalasi Radiologi |
|    |                     | 6. Tersedia jenis pelayanan radiodiagnostik       | 100 %        | Ka. Instalasi Radiologi |
|    |                     | 7. Tersedia jenis pelayanan Radiotherapy          | 100 %        | Ka. Instalasi Radiologi |
|    |                     | 8. Tidak terjadinya kegagalan pelayanan rontgen   | $\geq 98 \%$ | Ka. Instalasi Radiologi |
|    |                     | 9. Kepuasan pelanggan                             | $\geq 80 \%$ | Ketua Komite Mutu       |

## Uraian :

1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto  $\leq 3$  jam

|                                 |                                                                                                                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tunggu hasil pelayanan foto                                                                                                   |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                     |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan pelayanan Radiologi                                                                                          |
| Definisi Operasional            | : Waktu tunggu hasil pelayanan foto c adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                             |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                             |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif pasien dengan waktu tunggu hasil pelayanan foto $\leq 3$ jam dalam satu bulan yang disurvei                        |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang difoto dalam bulan tersebut yang disurvei                                                                        |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                              |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Radiologi                                                                                                          |



2. Waktu tunggu pelayanan USG  $\leq 2$  hari

|                                 |                                                                                                                                                |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tunggu pelayanan USG $\leq 2$ hari                                                                                                     |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                              |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan pelayanan Radiologi                                                                                                   |
| Definisi Operasional            | : Waktu tunggu pelayanan USG adalah tenggang waktu mulai pasien mendaftar di Radiologi sampai dengan menerima pelayanan USG dan mendapat hasil |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                      |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                      |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif pasien dengan waktu tunggu pelayanan USG $\leq 2$ hari dalam satu bulan yang disurvei                                       |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang menerima pelayanan USG dalam bulan tersebut yang disurvei                                                                 |
| Sumber data                     | : Rekam Medis, Buku register USG                                                                                                               |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Radiologi                                                                                                                   |

3. Waktu tunggu hasil pelayanan CT-Scan  $\leq 2$  hari

|                                 |                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tunggu hasil pelayanan CT-Scan $\leq 2$ hari                                                                                                                  |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                                                     |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan pelayanan Radiologi                                                                                                                          |
| Definisi Operasional            | : Waktu tunggu hasil pelayanan foto ct scan adalah tenggang waktu mulai pasien di lakukan scanning sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi $\leq 2$ hari |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                             |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                             |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif pasien dengan waktu tunggu pelayanan CT-Scan $\leq 2$ hari dalam satu bulan yang disurvei                                                          |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang menerima pelayanan USG dalam bulan tersebut yang disurvei                                                                                        |
| Sumber data                     | : Survei dan Rekam Medis                                                                                                                                              |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Radiologi                                                                                                                                          |

4. Waktu tunggu hasil pelayanan MRI  $\leq 2$  hari

|                                 |                                                                                                                                                     |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tunggu hasil pelayanan MRI $\leq 2$ hari                                                                                                    |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                                   |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan pelayanan Radiologi                                                                                                        |
| Definisi Operasional            | : Waktu tunggu hasil pelayanan MRI adalah tenggang waktu mulai pasien di imaging sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi $\leq 2$ hari |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                           |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                           |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif pasien dengan waktu tunggu pelayanan MRI $\leq 2$ hari dalam satu bulan yang disurvei                                            |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang menerima pelayanan MRI dalam bulan tersebut yang disurvei                                                                      |
| Sumber data                     | : Survei dan Rekam Medis                                                                                                                            |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                             |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Radiologi                                                                                                                        |

## 5. Pelaksana Ekspertisi oleh dokter Sp Rad

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen oleh dokter Sp Rad.                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetisi tekhnis                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Tujuan Indikator                | : Pembaca dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis                                                                                                                                                                                                                |
| Definisi Operasional            | : Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Numerator                       | : Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                                               |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sumber data                     | : Buku register di Instalasi Radiologi, Rekam Medik                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Radiologi                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## 6. Ketersediaan jenis pelayanan Radiologi Diagnostik

|                                 |                                                                                                                                                                |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketersediaan Pelayanan Radiologi Diagnostik                                                                                                                  |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                                                                                                        |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya jenis pelayanan Radiologi Diagnostik yang lengkap di Rumah Sakit                                                                                 |
| Definisi Operasional            | : Pelayanan Radiologi Diagnostik lengkap adalah pelayanan Radiologi Diagnostik yang diberikan kepada pasien Rumah Sakit tersedia sesuai dengan yang dibutuhkan |
| Frekwensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                                      |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                                      |
| Numerator                       | : Jenis-jenis pelayanan Radiologi Diagnostik yang ada (kualitatif)                                                                                             |
| Denominator                     | : Semua jenis pelayanan Radiologi Diagnostik                                                                                                                   |
| Sumber data                     | : Register Instalasi Radiologi                                                                                                                                 |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Radiologi                                                                                                                                   |

## 7. Tersedia jenis pelayanan radiotherapy

|                              |                                                                                                                                                  |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Ketersediaan Pelayanan Radiotherapy                                                                                                            |
| Dimensi Mutu                 | : Akses                                                                                                                                          |
| Tujuan Indikator             | : Tersedianya jenis pelayanan Radiotherapy di Rumah Sakit                                                                                        |
| Definisi Operasional         | : Pelayanan Radiotherapi adalah pelayanan Radiologi yang diberikan dengan menggunakan bahan radiofarmaka untuk diagnosa dan pengobatan penyakit. |
| Frekwensi updating indikator | : 6 bulan                                                                                                                                        |
| Periode dilakukan analisa    | : 1 tahun                                                                                                                                        |
| Numerator                    | : Jumlah pelayanan Radiotherapy yang ada di rumah sakit                                                                                          |
| Denominator                  | : Jumlah pelayanan radiotherapy yang seharusnya ada di rumah sakit                                                                               |

|                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Sumber data                     | : Registrasi Instalasi Radiologi |
| Nilai                           | : 100 %                          |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Radiologi     |

#### 8. Tidak terjadinya kegagalan pelayanan rontgen

|                                 |                                                                                 |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kejadian kegagalan pelayanan rontgen                                          |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, efisiensi                                                        |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen                      |
| Definisi Operasional            | : Kegagalan pelayanan rontgen adalah hasil foto yang tidak dapat dibaca (rusak) |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                       |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                       |
| Numerator                       | : Jumlah hasil foto rontgen yang tidak layak baca (rusak)                       |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien yang dilakukan foto rontgen                             |
| Sumber data                     | : Register Radiologi                                                            |
| Nilai                           | : $\geq 98 \%$                                                                  |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Radiologi                                                    |

#### 9. Kepuasan Pelanggan

|                                 |                                                                                         |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kepuasan Pelanggan                                                                    |
| Dimensi Mutu                    | : Kenyamanan                                                                            |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Radiologi                          |
| Definisi Operasional            | : Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Radiologi |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                               |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                               |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)    |
| Denominator                     | : Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)                                      |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                |
| Nilai                           | : $\geq 80 \%$                                                                          |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite Mutu                                                                     |

**J. Pelayanan Hemodialisa****SPM :**

| No  | Jenis Pelayanan       | Standar Pelayanan Minimal                          |             | Penanggung Jawab          |
|-----|-----------------------|----------------------------------------------------|-------------|---------------------------|
|     |                       | Indikator                                          | Nilai       |                           |
| 1   | 2                     | 3                                                  | 4           | 6                         |
| 10. | Pelayanan Hemodialisa | 1. Waktu tunggu pelayanan Hemodialisa $\leq 2$ jam | 100 %       | Ka. Instalasi Hemodialisa |
|     |                       | 2. Pelaksana ekspertisi & tenaga perawat terlatih  | 100 %       | Ka. Instalasi Hemodialisa |
|     |                       | 3. Kepuasan pelanggan                              | $\geq 80$ % | Ketua Komite Mutu         |

Uraian :

1. Waktu tunggu pelayanan Hemodialisa  $\leq 2$  jam

|                                 |                                                                                                                                             |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tunggu mendapatkan pelayanan Hemodialisa $\leq 2$ jam                                                                               |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                           |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan pelayanan Hemodialisa                                                                                              |
| Definisi Operasional            | : Waktu tunggu pelayanan Hemodialisa adalah tenggang waktu mulai pasien mendaftar sampai dengan menerima pelayanan Hemodialisa $\leq 2$ jam |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                   |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                   |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan Hemodialisa dalam satu bulan                                                                      |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang dihemodialisa dalam bulan tersebut                                                                                     |
| Sumber data                     | : Rekam Medis                                                                                                                               |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Hemodialisa                                                                                                              |

## 2. Pelaksana ekspertisi dan tenaga perawat terlatih

|                                 |                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pelaksana ekspertisi pelayanan Hemodialisa                                                                                                                                                                |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis                                                                                                                                                                                         |
| Tujuan Indikator                | : Pelayanan Hemodialisa dilakukan oleh tenaga ahli atau tenaga terlatih yang bersertifikat untuk memastikan ketepatan tindakan                                                                              |
| Definisi Operasional            | : Pelaksana ekspertisi pelayanan Hemodialisa adalah dokter sub spesialis penyakit dalam ( ginjal dan hipertensi) yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pelayanan Hemodialisa dan perawat bersertifikat. |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                   |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                   |
| Numerator                       | : Jumlah pasien yang dihemodialisa yang dilayani oleh dokter spesialis penyakit dalam atau tenaga terlatih selama satu bulan pada saat dilakukan survei                                                     |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien yang dilakukan Hemodialisa dalam satu bulan yang disurvei                                                                                                                           |
| Sumber data                     | : Survei dan Buku register di Instalasi Hemodialisa                                                                                                                                                         |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Hemodialisa                                                                                                                                                                              |

## 3. Kepuasan pelanggan

|                  |                                                                  |
|------------------|------------------------------------------------------------------|
| Indikator        | : Kepuasan Pelanggan                                             |
| Dimensi Mutu     | : Kenyamanan                                                     |
| Tujuan Indikator | : Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Hemodialisa |

|                                 |                                                                                           |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definisi Operasional            | : Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Hemodialisa |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                 |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                 |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei                     |
| Denominator                     | : Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)                                        |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                  |
| Nilai                           | : $\geq 80 \%$                                                                            |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite Mutu                                                                       |

## K. Pelayanan Endoscopy

### SPM :

| No | Jenis Pelayanan     | Standar Pelayanan Minimal                                             |              | Penanggung Jawab          |
|----|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------|
|    |                     | Indikator                                                             | Nilai        |                           |
| 1  | 2                   | 3                                                                     | 4            | 5                         |
| 11 | Pelayanan Endoskopi | 1. Waktu tunggu pelayanan Endoskopi $\leq 2$ hari                     | 100 %        | Ka. Instalasi Rawat Jalan |
|    |                     | 2. Pelaksana ekspertisi dr. SpPD atau endoskopist dan tenaga terlatih | 100 %        | Ka. Instalasi Rawat Jalan |
|    |                     | 3. Kepuasan pelanggan                                                 | $\geq 80 \%$ | Ketua Komite Mutu         |

### Uraian

#### 1. Waktu Tunggu Pelayanan Endoskopi $\leq 2$ hari

|                                 |                                                                                                                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tunggu pelayanan Endoskopi $\leq 2$ hari                                                                                  |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                 |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan pelayanan Endoskopi                                                                                      |
| Definisi Operasional            | : Waktu tunggu pelayanan Endoskopi adalah tenggang waktu mulai pasien mendaftar sampai dilakukan tindakan Endoskopi $\leq 2$ hari |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                         |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                         |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif pasien dengan waktu tunggu pelayanan endoskopi $\leq 2$ hari dalam satu bulan yang disurvei                    |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang diendoskopi dalam bulan tersebut yang disurvei                                                               |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                          |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                           |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Jalan                                                                                                    |

#### 2. Pelaksana ekspertisi dr Sp.PD atau Endoskopis dan tenaga terlatih

|                              |                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Pelaksana ekspertisi tindakan Endoskopi                                                                                                                                                                                   |
| Dimensi Mutu                 | : Kompetensi teknis                                                                                                                                                                                                         |
| Tujuan Indikator             | : Pelayanan endoskopi dilakukan oleh tenaga ahli atau tenaga terlatih yang bersertifikat untuk memastikan ketepatan dan hasil tindakan                                                                                      |
| Definisi Operasional         | : Pelayanan dan verifikasi hasil pemeriksaan Endoskopi dilakukan oleh tenaga ahli (SpPDKGEH, SpPD dan Dokter umum yang mendapat pelatihan khusus endoskopi) dan tenaga perawat terlatih untuk memastikan ketepatan tindakan |
| Frekwensi updating indikator | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                   |
| Periode dilakukan analisa    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                   |

|                                 |                                                                                                                        |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numerator                       | : Jumlah tindakan Endoskopi yang dilakukan oleh dokter spesialis penyakit dalam atau tenaga terlatih selama satu bulan |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh tindakan Endoskopi dalam satu bulan                                                                   |
| Sumber data                     | : Buku register di Instalasi Endoskopi                                                                                 |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rawat Jalan                                                                                         |

### 3. Kepuasan Pelanggan

|                                 |                                                                                         |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kepuasan Pelanggan                                                                    |
| Dimensi Mutu                    | : Kenyamanan                                                                            |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan Endoskopi                          |
| Definisi Operasional            | : Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Endoskopi |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                               |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                               |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)    |
| Denominator                     | : Jumlah total pasien yang disurvei (Minimal N=50)                                      |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                |
| Nilai                           | : $\geq 80$ %                                                                           |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite Mutu                                                                     |

## L. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

### SPM :

| No | Jenis Pelayanan                        | Standar Pelayanan Minimal                                                                 |             | Penanggung Jawab             |
|----|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------|
|    |                                        | Indikator                                                                                 | Nilai       |                              |
| 1  | 2                                      | 3                                                                                         | 4           | 6                            |
| 12 | Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium kimia darah dan darah rutin $\leq 140$ menit | 100 %       | Ka.Instalasi Patologi Klinik |
|    |                                        | 2. Pelaksana ekspertisi dr. Sp.PK                                                         | 100%        | Ka.Instalasi Patologi Klinik |
|    |                                        | 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium                        | 100 %       | Ka.Instalasi Patologi Klinik |
|    |                                        | 4. Kepuasan pelanggan                                                                     | $\geq 80$ % | Ketua Komite Mutu            |

### Uraian :

#### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium kimia darah dan darah rutin $\leq 140$ menit

|                              |                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium kimia darah dan darah rutin $\leq 140$ menit                                                                                                                                      |
| Dimensi Mutu                 | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                                                                                                             |
| Tujuan Indikator             | : Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium                                                                                                                                                                               |
| Definisi Operasional         | : Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium kimia darah dan darah rutin adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil pemeriksaan kima darah dan darah rutin yang sudah dilakukan ekspertisi |
| Frekwensi updating indikator | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                     |
| Periode dilakukan analisa    | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                     |
| Numerator                    | : Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium kimia darah dan darah rutin pasien yang disurvei dalam satu bulan                                                                                                |

|                                 |                                                                                  |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Sumber data                     | : Survei                                                                         |
| Nilai                           | : $\leq 140$ menit                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Patologi Klinik                                               |

## 2. Pelaksana Ekspertisi dr Sp PK

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pelaksana ekspertisi pemeriksaan laboratorium                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                 | : Kompetensi teknis                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Tujuan Indikator                | : 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 tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Numerator                       | : Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis Patologi Klinik dalam satu bulan                                                                                                                                                                                |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh diperiksa dilaboratorium dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                                                   |
| Sumber data                     | : Register di Instalasi laboratorium                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Patologi Klinik                                                                                                                                                                                                                                                           |

## 3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

|                                 |                                                                                                                |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium                                             |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan                                                                                                  |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium                                                               |
| Definisi Operasional            | : Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang                |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                      |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                      |
| Numerator                       | : Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium tanpa kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan yang disurvei |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium dalam bulan tersebut yang disurvei                               |
| Sumber data                     | : Survei dan Rekam Medis                                                                                       |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Patologi Klinik                                                                             |

## 4. Kepuasan Pelanggan

|                              |                                                                                            |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Kepuasan pelanggan                                                                       |
| Dimensi Mutu                 | : Kenyamanan                                                                               |
| Tujuan Indikator             | : Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium                          |
| Definisi Operasional         | : Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium |
| Frekwensi updating indikator | : 3 bulan                                                                                  |
| Periode dilakukan analisa    | : 6 bulan                                                                                  |
| Numerator                    | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)       |



|                                 |                                                    |
|---------------------------------|----------------------------------------------------|
| Denominator                     | : Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber data                     | : Survei                                           |
| Nilai                           | : $\geq 80 \%$                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Patologi Klinik                 |

#### M. Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi

##### SPM :

| No  | Jenis Pelayanan                         | Standar Pelayanan Minimal                                                                                   |       | Penanggung Jawab               |
|-----|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------|
|     |                                         | Indikator                                                                                                   | Nilai |                                |
| 1   | 2                                       | 3                                                                                                           | 4     | 5                              |
| 13. | Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium PA $\leq 2$ hari untuk jaringan , $\leq 1$ hari untuk citologi | 100 % | Ka. Instalasi Patologi Anatomi |
|     |                                         | 2. Pelaksana ekspertisi Sp.PA                                                                               | 100 % | Ka. Instalasi Patologi Anatomi |
|     |                                         | 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan                                                       | 100 % | Ka. Instalasi Patologi Anatomi |

##### Uraian :

##### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan Patologi Anatomi

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Patologi Anatomi                                                                                                                                                                      |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                                                                                                                 |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium                                                                                                                                                                                   |
| Definisi Operasional            | : Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Patologi Anatomi adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi untuk jaringan $\leq 2$ hari dan untuk citologi $\leq 1$ hari |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                         |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                         |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Patologi Anatomi (jaringan dan sitologi) pasien yang disurvei dalam satu bulan                                                                                       |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium Patologi Anatomi (jaringan dan sitologi) yang disurvei dalam bulan tersebut                                                                                                         |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                                                                                                          |
| Standar                         | : $\leq 2$ hari untuk jaringan , $\leq 1$ hari untuk citologi                                                                                                                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Patologi Anatomi                                                                                                                                                                                               |

##### 2. Pelaksana Ekspertisi

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Pelaksana ekspertisi pemeriksaan laboratorium                                                                                                                                                                                                                    |
| Dimensi                      | : Kompetensi teknis                                                                                                                                                                                                                                                |
| Tujuan Indikator             | : Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis                                                                                                                                          |
| Definisi Operasional         | : Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis Patologi Anatomi yang melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta |
| Frekwensi updating indikator | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Periode dilakukan analisa    | : 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                                          |



|                                 |                                                                                                             |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numerator                       | : Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis Patologi Anatomi yang disurvei |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh hasil pemeriksaan laboratorium Patologi Anatomi yang disurvei                              |
| Sumber data                     | : Register di Instalasi Laboratorium                                                                        |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Patologi Anatomi                                                                         |

### 3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan

|                                 |                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium Patologi Anatomi                                                                                |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan                                                                                                                                                     |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium Patologi Anatomi                                                                                                 |
| Definisi Operasional            | : Kesalahan penyerahan hasil laboratorium Patologi Anatomi adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang                                                  |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan dan sentinel event                                                                                                                                      |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan dan sentinel event                                                                                                                                      |
| Numerator                       | : Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium Patologi Anatomi dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium Patologi Anatomi dalam bulan tersebut                                                                               |
| Sumber data                     | : Rekam Medis                                                                                                                                                     |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                           |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Patologi Anatomi                                                                                                                               |

## N. Pelayanan Laboratorium Mikrobiologi Klinik

### SPM :

| No  | Jenis Pelayanan                            | Standar Pelayanan Minimal                                                                                                                                |             | Penanggung Jawab             |
|-----|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------|
|     |                                            | Indikator                                                                                                                                                | Nilai       |                              |
| 1   | 2                                          | 3                                                                                                                                                        | 4           | 5                            |
| 14. | Pelayanan Laboratorium Mikrobiologi Klinik | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Mikrobiologi Klinik $\leq 4$ hari untuk kultur dan uji sensitivity test, $\leq 2$ hari untuk pewarnaan BTA. | 100 %       | Ka.Instalasi Patologi Klinik |
|     |                                            | 2. Pelaksana ekspertisi SpMK                                                                                                                             | 100 %       | Ka.Instalasi Patologi Klinik |
|     |                                            | 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan                                                                                                    | 100 %       | Ka.Instalasi Patologi Klinik |
|     |                                            | 4. Kepuasan Pelanggan                                                                                                                                    | $\geq 80$ % | Ketua Komite Mutu            |

#### Uraian :

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Mikrobiologi Klinik  $\leq 4$  hari untuk kultur dan uji sensitivity test,  $\leq 2$  hari untuk pewarnaan BTA

|                  |                                                                                                                                                         |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator        | : Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Mikrobiologi Klinik $\leq 4$ hari untuk kultur dan uji sensitivity test, $\leq 2$ hari untuk pewarnaan BTA. |
| Dimensi Mutu     | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                                       |
| Tujuan Indikator | : Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium Mikrobiologi Klinik                                                                                     |

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definisi Operasional            | : Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Mikrobiologi Klinik adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi $\leq 4$ hari untuk kultur dan uji sensitivity test, $\leq 2$ hari untuk pewarnaan BTA. |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Mikrobiologi Klinik pasien sesuai ketentuan yang disurvei dalam satu bulan                                                                                                                        |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium Mikrobiologi Klinik yang disurvei dalam bulan tersebut                                                                                                                                                           |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Nilai                           | : $\leq 4$ hari untuk kultur dan uji sensitivity test, $\leq 2$ hari untuk pewarnaan BTA                                                                                                                                                                       |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Patologi Klinik                                                                                                                                                                                                                             |

## 2. Pelaksana ekspertisi Sp MK

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pelaksana ekspertisi pemeriksaan laboratorium Mikrobiologi Klinik                                                                                                                                                                                                                              |
|                                 | : Kompetisi tekhnis                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Tujuan Indikator                | : Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium Mikrobiologi Klinik dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis                                                                                                                                                    |
| Definisi Operasional            | : Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis Mikrobiologi Klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Numerator                       | : Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis Mikrobiologi Klinik dalam satu bulan                                                                                                                                                                                |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh diperiksa dilaboratorium Mikrobiologi Klinik dalam satu bulan tersebut                                                                                                                                                                                                          |
| Sumber data                     | : Register di Laboratorium Mikrobiologi Klinik                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Patologi Klinik                                                                                                                                                                                                                                                               |

## 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan

|                              |                                                                                                                                       |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan                                                                                  |
| Dimensi Mutu                 | : Keselamatan                                                                                                                         |
| Tujuan Indikator             | : Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium Mikrobiologi Klinik                                                                  |
| Definisi Operasional         | : kesalahan penyerahan hasil laboratorium Mikrobiologi Klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang                   |
| Frekwensi updating indikator | : 1 bulan dan sentinel event                                                                                                          |
| Periode dilakukan analisa    | : 3 bulan dan sentinel event                                                                                                          |
| Numerator                    | : Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium Mikrobiologi Klinik dalam satu bulan tanpa kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan |

|                                 |                                                                                        |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium Mikrobiologi Klinik dalam bulan tersebut |
| Sumber data                     | : Rekam Medis dan Register di Laboratorium Patologi Klinik                             |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Patologi Klinik                                                     |

#### 4. Kepuasan Pelanggan

|                                 |                                                                                                                |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kepuasan pelanggan                                                                                           |
| Dimensi Mutu                    | : Kenyamanan                                                                                                   |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium Mikrobiologi Klinik                          |
| Definisi Operasional            | : Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium Mikrobiologi Klinik |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                      |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                      |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)                           |
| Denominator                     | : Jumlah total pasien yang disurvei (Minimal N=50)                                                             |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                       |
| Nilai                           | : $\geq 80 \%$                                                                                                 |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Patologi Klinik                                                                             |

#### O. Pelayanan Rehabilitasi Medik

##### SPM :

| No  | Jenis Pelayanan              | Standar Pelayanan Minimal                                                           |              | Penanggung Jawab                       |
|-----|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------|
|     |                              | Indikator                                                                           | Nilai        |                                        |
| 1   | 2                            | 3                                                                                   | 4            | 5                                      |
| 15. | Pelayanan Rehabilitasi Medik | 1. Waktu tunggu pelayanan $\leq 30$ menit                                           | 100 %        | Ka. Instalasi Rehabilitasi Medik       |
|     |                              | 2. Jumlah dokter ahli Rehabilitasi Medik 2 orang                                    | 100 %        | Ka. Instalasi Rehabilitasi Medik       |
|     |                              | 3. Waktu tunggu hasil protesa (kaki palsu) $\leq 2$ minggu                          | 100 %        | Ka. Instalasi Rehabilitasi Medik       |
|     |                              | 4. Waktu tunggu hasil orthesa $\leq 2$ minggu                                       | 100 %        | Ka. Instalasi Rehabilitasi Medik       |
|     |                              | 5. Tersedianya pelayanan prothesa tangan                                            | 100 %        | Ka. Instalasi Rehabilitasi Medik medik |
|     |                              | 6. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan | $\leq 50 \%$ | Ka. Instalasi Rehabilitasi Medik       |
|     |                              | 7. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik                      | 100%         | Ka. Instalasi Rehabilitasi Medik       |
|     |                              | 8. Kepuasan pelanggan                                                               | $\geq 80 \%$ | Ketua Komite Mutu                      |

##### Uraian :

##### 1. Waktu tunggu pelayanan $\leq 30$ menit

|                      |                                                                                                                                      |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator            | : Waktu tunggu pelayanan di Rehabilitasi Medik                                                                                       |
| Dimensi Mutu         | : Akses                                                                                                                              |
| Tujuan Indikator     | : Tersedianya pelayanan Rehabilitasi Medik pada hari kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien                                  |
| Definisi Operasional | : Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis/ petugas Rehabilitasi Medik |

|                                 |                                                                              |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Frekuensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                    |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                    |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif pasien dengan waktu tunggu $\leq 30$ menit yang di survei |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien Rehabilitasi Medik yang disurvei                     |
| Sumber data                     | : Survei pasien Rehabilitasi Medik                                           |
| Nilai                           | : 100 %                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik                                        |

2. Jumlah dokter ahli Rehabilitasi Medik minimal 2 Orang

|                                 |                                                                                                                                                |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Jumlah dokter ahli pemberi pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medik Minimal 2 orang                                                         |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi Teknis                                                                                                                            |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan Rehabilitasi Medik oleh dokter spesialis yang kompeten                                                                 |
| Definisi Operasional            | : Jumlah dokter spesialis yang memberikan pelayanan Rehabilitasi Medik di RSUD sesuai dengan ketentuan untuk RS Tipe B adalah minimal 2 orang. |
| Frekuensi updating indikator    | : 1 tahun                                                                                                                                      |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                      |
| Numerator                       | : Jumlah Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik yang ada saat ini                                                                                 |
| Denominator                     | : Jumlah Dokter Spesialis yang seharusnya ada untuk Rumah Sakit Pendidikan Tipe B                                                              |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                        |
| Sumber data                     | : Kepegawaian                                                                                                                                  |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik                                                                                                          |

3. Waktu tunggu hasil Protesa (kaki palsu)  $\leq 2$  minggu

|                                 |                                                                                                                                                              |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tunggu hasil protesa (kaki palsu) $\leq 2$ minggu                                                                                                    |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                                            |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan pelayanan protesa                                                                                                                   |
| Definisi Operasional            | : Waktu tunggu hasil pelayanan protesa adalah tenggang waktu mulai pasien diukur untuk membuat kaki palsu sampai dengan menerima kaki palsu selama 2 minggu. |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                    |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                    |
| Numerator                       | : Jumlah kaki palsu siap pakai yang dapat dipenuhi dalam waktu $\leq 2$ minggu dalam satu bulan                                                              |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang dibuat kaki palsu dalam bulan tersebut                                                                                                  |
| Sumber data                     | : Rekam Medis dan Register Rehab Medis                                                                                                                       |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik                                                                                                                        |

4. Waktu tunggu hasil Orthesa  $\leq 2$  minggu

|                              |                                                                                                                                                              |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Waktu tunggu hasil Orthesa (alat bantu) $\leq 2$ minggu                                                                                                    |
| Dimensi Mutu                 | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                                            |
| Tujuan Indikator             | : Tergambarnya kecepatan pelayanan orthesa                                                                                                                   |
| Definisi Operasional         | : Waktu tunggu hasil pelayanan orthesa adalah tenggang waktu mulai pasien diukur untuk membuat alat bantu sampai dengan menerima alat bantu selama 2 minggu. |
| Frekwensi updating indikator | : 1 bulan                                                                                                                                                    |
| Periode dilakukan analisa    | : 3 bulan                                                                                                                                                    |

|                                 |                                                                                                 |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numerator                       | : Jumlah alat bantu siap pakai yang dapat dipenuhi dalam waktu $\leq 2$ minggu dalam satu bulan |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang dibuat alat bantu dalam bulan tersebut                                     |
| Sumber data                     | : Rekam Medis dan Register Rehab Medis                                                          |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                         |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik                                                           |

#### 5. Tersedianya pelayanan prothesa tangan

|                                 |                                                                                                              |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Tersedianya pelayanan prothesa tangan                                                                      |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                                                      |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan pembuatan tangan palsu di rumah sakit                                                |
| Definisi Operasional            | : Pelayanan pembuatan tangan palsu adalah tersedianya pelayanan untuk membuat tangan palsu pada semua level. |
| Frekwensi updating indikator    | : Satu tahun                                                                                                 |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                    |
| Numerator                       | : Jumlah ketersediaan pelayanan tangan palsu                                                                 |
| Denominator                     | : Jumlah pelayanan tangan palsu yang diharapkan tersedia                                                     |
| Sumber data                     | : Instalasi Rehabilitasi Medik                                                                               |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rehabilitasi Medis                                                                        |

#### 6. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan

|                                 |                                                                                                                                                    |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi medik yang direncanakan                                                                 |
| Dimensi Mutu                    | : Kesenambungan pelayanan dan efektifitas                                                                                                          |
| Tujuan Indikator                | : 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 |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                                          |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                                          |
| Numerator                       | : Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan                                                                                                |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan                                                                            |
| Sumber data                     | : Rekam Medis dan Register Rehab Medis                                                                                                             |
| Nilai                           | : $\leq 50$ %                                                                                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik                                                                                                              |

#### 7. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik

|                              |                                                                                                                  |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik                                                    |
| Dimensi Mutu                 | : Keselamatan dan pelayanan                                                                                      |
| Tujuan Indikator             | : Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik                                                |
| Definisi Operasional         | : kesalahan tindakan Rehabilitasi Medik meliputi kontra indikasi, tindakan, metode seperti luka bakar dan syock. |
| Frekwensi updating indikator | : 1 bulan dan sentinel event                                                                                     |
| Periode dilakukan analisa    | : 3 bulan dan sentinel event                                                                                     |
| Numerator                    | : jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan                               |
| Denominator                  | : Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan                                          |

|                                 |                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| Sumber data                     | : Rekam Medis                         |
| Nilai                           | : 100 %                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik |

#### 8. Kepuasan Pelanggan

|                                 |                                                                                                  |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kepuasan pelanggan                                                                             |
| Dimensi Mutu                    | : Kenyamanan                                                                                     |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan                                             |
| Definisi Operasional            | : Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                        |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                        |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)             |
| Denominator                     | : Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)                                               |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                         |
| Nilai                           | : $\geq 80$ %                                                                                    |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite Mutu                                                                              |

#### P. Pelayanan Farmasi

##### SPM :

| No  | Jenis Pelayanan   | Standar Pelayanan Minimal                                                                            |                                           | Penanggung Jawab      |
|-----|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|
|     |                   | Indikator                                                                                            | Nilai                                     |                       |
| 1   | 2                 | 3                                                                                                    | 4                                         | 5                     |
| 16. | Pelayanan Farmasi | 1. Waktu tunggu pelayanan<br>a. Obat jadi $\leq 5$ menit<br>b. Obat racikan $\leq 20$ menit          | 100%                                      | Ka. Instalasi Farmasi |
|     |                   | 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat                                                    | 100 %                                     | Ka. Instalasi Farmasi |
|     |                   | 3. Memberi pelayanan minimal D3 farmasi                                                              | 100%                                      | Ka. Instalasi Farmasi |
|     |                   | 4. Ketersediaan<br>a. Obat generik<br>b. Obat sesuai DOEN<br>c. Obat paten yang tidak ada generiknya | $\geq 95\%$<br>$\geq 95\%$<br>$\leq 10\%$ | Ka. Instalasi Farmasi |
|     |                   | 5. Kepuasan pelanggan                                                                                | $\geq 80$ %                               | Ketua Komite Mutu     |
|     |                   | 6. Penulisan resep sesuai formularium Rumah Sakit                                                    | 100 %                                     | Ka. Instalasi Farmasi |

##### Uraian :

##### 1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi $\leq 5$ menit

|                                 |                                                                                                                                         |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tunggu pelayanan obat jadi $\leq 5$ menit                                                                                       |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                       |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi                                                                                              |
| Definisi Operasional            | : Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi $\leq 5$ menit |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                               |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                               |
| Numerator                       | : Jumlah pasien dengan waktu tunggu pelayanan obat jadi $\leq 5$ menit yang disurvei dalam satu bulan                                   |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang disurvei pada bulan tersebut                                                                                       |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                 |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Farmasi                                                                                                              |

1.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan  $\leq 20$  menit

|                                 |                                                                                                                                                |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tunggu pelayanan obat racikan                                                                                                          |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                              |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi                                                                                                     |
| Definisi Operasional            | : Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan $\leq 20$ menit |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                      |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                      |
| Numerator                       | : Jumlah pasien dengan waktu tunggu pelayanan obat racikan $\leq 20$ menit yang disurvei dalam satu bulan                                      |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut                                                                                             |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                       |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Farmasi                                                                                                                     |

## 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

|                                 |                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat                                                                                                      |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan dan kenyamanan                                                                                                                          |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat                                                                                                |
| Definisi Operasional            | : Kesalahan pemberian obat meliputi :<br>a. salah dalam memberikan jenis obat<br>b. salah dalam memberikan dosis<br>c. salah orang<br>d. salah jumlah |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan dan sentinel event                                                                                                                          |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan dan sentinel event                                                                                                                          |
| Numerator                       | : Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi tanpa kejadian kesalahan pemberian obat                                                                     |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien Instalasi Farmasi yang disurvei                                                                                               |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                              |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Farmasi                                                                                                                            |

## 3. Pemberi pelayanan minimal D3 farmasi

|                                 |                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pemberi Pelayanan minimal D3 Farmasi                                                                                                                                 |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi Teknis                                                                                                                                                    |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pelayanan farmasi oleh tenaga yang kompeten                                                                                                              |
| Definisi Operasional            | : Pemberi pelayanan adalah tenaga pemberi pelayanan dengan kompetensi tenaga minimal telah mengikuti pendidikan formal di bidang farmasi sekurang-kurangnya D3 farmasi |
| Frekuensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                                              |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 Tahun                                                                                                                                                              |
| Numerator                       | : Jumlah seluruh pasien yang dilayani oleh pemberi pelayanan yang memiliki kompetensi sesuai ketentuan yang disurvei                                                   |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien yang disurvei                                                                                                                                  |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Farmasi                                                                                                                                             |



## 4.a. Ketersediaan obat generik

|                                 |                                                                                 |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketersediaan obat generik                                                     |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                         |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya obat generik yang lengkap di Rumah Sakit                          |
| Definisi Operasional            | : Obat generik adalah obat yang di tulis sesuai dengan nama zat yang berkhasiat |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                       |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                       |
| Numerator                       | : Jumlah jenis obat generik yang ada di Instalasi Farmasi                       |
| Denominator                     | : Jumlah semua jenis obat generik yang seharusnya ada di Instalasi Farmasi      |
| Sumber data                     | : Instalasi farmasi                                                             |
| Nilai                           | : $\geq 95\%$                                                                   |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Farmasi                                                      |

## 4.b. Ketersediaan obat sesuai DOEN

|                                 |                                                                                                            |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketersediaan obat DOEN                                                                                   |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                                                    |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya obat DOEN yang lengkap di Rumah Sakit                                                        |
| Definisi Operasional            | : Obat DOEN adalah obat yang termasuk dalam Daftar Obat Esensial Nasional yang di tetapkan oleh pemerintah |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                  |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                  |
| Numerator                       | : Jumlah jenis obat DOEN yang ada di instalasi farmasi                                                     |
| Denominator                     | : Jumlah semua jenis obat yang termasuk kedalam daftar DOEN                                                |
| Sumber data                     | : Instalasi farmasi                                                                                        |
| Nilai                           | : $\geq 95\%$                                                                                              |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala instalasi Farmasi                                                                                 |

## 4.c. Obat paten yang tidak ada generiknya

|                                 |                                                                                                                                 |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketersediaan obat paten yang tidak ada generiknya                                                                             |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                                                                         |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya obat paten yang tidak ada generik di Rumah Sakit                                                                  |
| Definisi Operasional            | : Obat paten yang tidak ada generiknya adalah obat yang beredar mengandung zat berkhasiat yang tidak tercantum dalam buku DOEN. |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                       |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                       |
| Numerator                       | : Jumlah item obat paten yang tidak ada generiknya yang ada di instalasi farmasi                                                |
| Denominator                     | : Jumlah semua item obat yang ada di instalasi farmasi                                                                          |
| Sumber data                     | : Instalasi farmasi                                                                                                             |
| Nilai                           | : $\leq 10\%$                                                                                                                   |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi farmasi                                                                                                      |

## 5. Kepuasan Pelanggan

|                  |                                                              |
|------------------|--------------------------------------------------------------|
| Indikator        | : Kepuasan pelanggan                                         |
| Dimensi Mutu     | : Kenyamanan                                                 |
| Tujuan Indikator | : Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi |



|                                 |                                                                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Definisi Operasional            | : Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                             |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                             |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)  |
| Denominator                     | : Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)                                    |
| Sumber data                     | : Survei                                                                              |
| Nilai                           | : $\geq 80 \%$                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite Mutu                                                                   |

#### 6. Penulisan resep sesuai formularium Rumah Sakit

|                                 |                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Penulisan resep sesuai formularium Rumah Sakit                                                                                                                |
| Dimensi Mutu                    | : Efisiensi                                                                                                                                                     |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya efisiensi pelayanan farmasi kepada pasien                                                                                                        |
| Definisi Operasional            | : Penulisan resep sesuai formularium Rumah Sakit adalah penulisan resep oleh dokter pemberi pelayanan sesuai dengan Formularium obat yang digunakan Rumah Sakit |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                                                       |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                                                       |
| Numerator                       | : Jumlah resep yang dituliskan oleh dokter sesuai formularium dalam satu bulan                                                                                  |
| Denominator                     | : Jumlah resep yang dituliskan oleh dokter dalam satu bulan (Minimal N=50)                                                                                      |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                                        |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                         |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Farmasi                                                                                                                                      |

#### Q. Pelayanan Gizi SPM :

| No  | Jenis Pelayanan | Standar Pelayanan Minimal                          |              | Penanggung Jawab   |
|-----|-----------------|----------------------------------------------------|--------------|--------------------|
|     |                 | Indikator                                          | Nilai        |                    |
| 1   | 2               | 3                                                  | 4            | 5                  |
| 17. | Pelayanan Gizi  | 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | $\geq 80 \%$ | Ka. Instalasi Gizi |
|     |                 | 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien    | $\leq 20 \%$ | Ka. Instalasi Gizi |
|     |                 | 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet  | 100 %        | Ka. Instalasi Gizi |

Uraian :

#### 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

|                              |                                                                                                                                              |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien                                                                                            |
| Dimensi Mutu                 | : Efektifitas, akses, kenyamanan                                                                                                             |
| Tujuan Indikator             | : 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 |
| Frekwensi updating indikator | : 1 bulan                                                                                                                                    |
| Periode dilakukan analisa    | : 3 bulan                                                                                                                                    |
| Numerator                    | : Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan                                                  |
| Denominator                  | : Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei                                                                                             |

|                                 |                         |
|---------------------------------|-------------------------|
| Sumber data                     | : Survei                |
| Nilai                           | : $\geq 90 \%$          |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Gizi |

## 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

|                                 |                                                                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien                                      |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, dan efisien                                                          |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi                   |
| Definisi Operasional            | : Sisa makanan adalah proporsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien  |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                           |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                           |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif proporsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan                                      |
| Sumber data                     | : Survei                                                                            |
| Nilai                           | : $\leq 20 \%$                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Gizi                                                             |

## 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet

|                                 |                                                                                |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Tidak adanya kesalahan pemberian diet                                        |
| Dimensi Mutu                    | : Keamanan, efisiensi                                                          |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi Gizi                |
| Definisi Operasional            | : Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                      |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                      |
| Numerator                       | : Jumlah pemberian makanan yang sesuai dengan jenis diet pada saat disurvei    |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan                                 |
| Sumber data                     | : Survei                                                                       |
| Nilai                           | : 100 %                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Gizi                                                        |

## R. Pelayanan Bank Darah

### SPM :

| No  | Jenis Pelayanan      | Standar Pelayanan Minimal                                                 |                | Penanggung Jawab             |
|-----|----------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------|
|     |                      | Indikator                                                                 | Nilai          |                              |
| 1   | 2                    | 3                                                                         | 4              | 6                            |
| 18. | Pelayanan Bank Darah | 1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi                        | 100 %          | Ka Instalasi Patologi Klinik |
|     |                      | 2. Kejadian reaksi transfusi                                              | $\leq 0.01 \%$ | Ka Instalasi Patologi Klinik |
|     |                      | 3. Waktu tunggu terhadap permintaan darah < 3 jam kecuali donor pengganti | 100%           | Ka Instalasi Patologi Klinik |

### Uraian :

#### 1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

|                      |                                                                                   |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator            | : Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi                       |
| Dimensi Mutu         | : Keselamatan dan kesinambungan pelayanan                                         |
| Tujuan Indikator     | : Tergambarnya kemampuan bank darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah |
| Definisi Operasional | : Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi                       |

|                                 |                                                                       |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                             |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                             |
| Numerator                       | : Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh permintaan darah dalam satu bulan                    |
| Sumber data                     | : Survei                                                              |
| Nilai                           | : 100 %                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Patologi Klinik                                    |

## 2. Kejadian reaksi transfusi

|                                 |                                                                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kejadian reaksi transfusi                                                       |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan                                                                     |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya manajemen risiko pada UTD                                          |
| Definisi Operasional            | : Reaksi transfusi adalah reaksi yang tidak diharapkan setelah tindakan transfusi |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                         |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                         |
| Numerator                       | : Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan                                  |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan                  |
| Sumber data                     | : Rekam Medik                                                                     |
| Nilai                           | : $\leq 0,01$ %                                                                   |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Patologi Klinik                                                |

## 3. Waktu tunggu terhadap permintaan darah < 3 jam kecuali donor pengganti

|                                 |                                                                                                                                                             |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tunggu terhadap permintaan darah < 3 jam kecuali donor pengganti                                                                                    |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                                           |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan pelayanan permintaan darah                                                                                                         |
| Definisi Operasional            | : Waktu tunggu permintaan darah adalah tenggang waktu mulai permintaan darah sampai dengan darah di terima oleh petugas kecuali darah dari donor pengganti. |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                   |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                   |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif waktu tunggu permintaan darah kecuali darah dari donor pengganti                                                                         |
| Denominator                     | : Jumlah permintaan darah dalam bulan tersebut kecuali darah dari donor pengganti                                                                           |
| Sumber data                     | : Survei di Unit Bank Darah                                                                                                                                 |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Patologi Klinik                                                                                                                          |

## S. Pelayanan Keluarga Miskin

### SPM :

| No  | Jenis Pelayanan           | Standar Pelayanan Minimal                                                             |       | Penanggung Jawab        |
|-----|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|
|     |                           | Indikator                                                                             | Nilai |                         |
| 1   | 2                         | 3                                                                                     | 4     | 5                       |
| 19. | Pelayanan Keluarga Miskin | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan | 100 % | Ka. Bid Pelayanan Medis |

Uraian :

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

|                                 |                                                                                                  |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan          |
| Dimensi Mutu                    | : Efisien                                                                                        |
| Tujuan Indikator                | : Perawatan pasien GAKIN menunjukkan kepedulian Rumah Sakit terhadap pelayanan masyarakat miskin |
| Definisi Operasional            | : Pasien GAKIN adalah pasien yang memiliki kartu jamkesmas                                       |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                        |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                        |
| Numerator                       | : Jumlah pasien GAKIN yang dilayani                                                              |
| Denominator                     | : Jumlah pasien GAKIN datang dan membutuhkan pelayanan                                           |
| Sumber data                     | : Rekam Medik                                                                                    |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                          |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Bidang Pelayanan                                                                        |

#### T. Pelayanan Rekam Medis

SPM :

| No  | Jenis Pelayanan       | Standar Pelayanan Minimal                                                           |       | Waktu Pencapaian | Penanggung Jawab          |
|-----|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------|---------------------------|
|     |                       | Indikator                                                                           | Nilai |                  |                           |
| 1   | 2                     | 3                                                                                   | 4     | 5                | 6                         |
| 20. | Pelayanan Rekam Medik | 1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan               | 100 % | 2013             | Ka. Instalasi Rekam Medis |
|     |                       | 2. Kelengkapan informed Consent setelah mendapat informasi yang jelas               | 100 % | 2012             | Ka. Instalasi Rekam Medis |
|     |                       | 3. Waktu penyediaan dokumen Rekam Medik pelayanan rawat jalan $\leq 20$ menit       | 100 % | 2014             | Ka. Instalasi Rekam Medis |
|     |                       | 4. Waktu tunggu penyediaan dokumen Rekam Medik pelayanan rawat inap $\leq 15$ menit | 100 % | 2011             | Ka. Instalasi Rekam Medis |

Uraian :

1. Kelengkapan pengisian Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Kelengkapan pengisian Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Dimensi Mutu                 | : Kesiambungan pelayanan dan keselamatan                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Tujuan Indikator             | : 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 $\leq 24$ 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. |
| Frekwensi updating indikator | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Periode dilakukan analisa    | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Numerator                    | : Jumlah rekam medik yang disurvei di isi lengkap sesuai ketentuan selama 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                     |
| Denominator                  | : Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| Sumber data                     | : Survei                       |
| Nilai                           | : 100 %                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rekam Medik |

2. Kelengkapan Informed Concern setelah mendapatkan informasi yang jelas

|                                 |                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kelengkapan Informed Concern setelah mendapatkan informasi yang jelas                                                                                                                                                    |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan                                                                                                                                                                                                              |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan                                                                 |
| Definisi Operasional            | : Informed Concern adalah persetujuan untuk dilakukan/tidak dilakukan tindakan medik yang diberikan oleh pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                  |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                  |
| Numerator                       | : Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan                                                                     |
| Denominator                     | : Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam satu bulan                                                                                                                                                |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                                                                                                   |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                    |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rekam Medik                                                                                                                                                                                             |

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan  $\leq 20$  menit

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan $\leq 20$ menit                                                                                                                                                                                                                  |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, kenyamanan, efisiensi                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan                                                                                                                                                                                                                                    |
| Definisi Operasional            | : Dokumen Rekam Medik Rawat Jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat jalan adalah waktu mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis diterima petugas di poliklinik rawat jalan. |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis <i>sample rawat jalan yang diamati</i>                                                                                                                                                                                                        |
| Denominator                     | : Total sample penyediaan rekam medis yang diamati ( N tidak kurang dari 100)                                                                                                                                                                                                                 |
| Sumber data                     | : Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru / diruang rekam medik untuk pasien lama                                                                                                                                                                           |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rekam Medis                                                                                                                                                                                                                                                                |

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap  $\leq 15$  menit

|              |                                                                             |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Indikator    | : Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap $\leq 15$ menit |
| Dimensi Mutu | : Efektifitas, kenyamanan, efisiensi                                        |

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap                                                                                                                                                                                                                                                |
| Definisi Operasional            | : Dokumen Rekam Medis Rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap.<br>Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia $\leq 15$ menit. |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati                                                                                                                                                                                                                                  |
| Denominator                     | : Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Sumber data                     | : Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran pasien rawat inap                                                                                                                                                                                                                                          |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Rekam Medis                                                                                                                                                                                                                                                                           |

#### U. Pelayanan Limbah dan Sanitasi Lingkungan

##### SPM :

| No  | Jenis Pelayanan                          | Standar Pelayanan Minimal                                    |       | Penanggung Jawab |
|-----|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------|------------------|
|     |                                          | Indikator                                                    | Nilai |                  |
| 1   | 2                                        | 3                                                            | 4     | 5                |
| 21. | Pelayanan Limbah dan Sanitasi Lingkungan | 1. Kelengkapan administrasi perizinan pengelolaan lingkungan | 100%  | Ka. IPSL         |
|     |                                          | 2. Baku mutu air bersih.                                     | 100%  | Ka. IPSL         |
|     |                                          | 3. Baku mutu limbah cair                                     | 100%  | Ka. IPSL         |
|     |                                          | 4. Pengelolaan sampah non medis                              | 100%  | Ka. IPSL         |
|     |                                          | 5. Pengelolaan sampah medis                                  | 100%  | Ka. IPSL         |
|     |                                          | 6. Pengendalian vektor dan binatang pengganggu lainnya       | 100%  | Ka. IPSL         |
|     |                                          | 7. Pemantauan kebersihan ruang bangunan dan halaman          | 100%  | Ka. IPSL         |

##### Uraian :

##### 1. Kelengkapan administrasi perizinan pengelolaan lingkungan

|                                 |                                                                                                                                          |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kelengkapan administrasi perizinan pengelolaan lingkungan                                                                              |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan                                                                                                                            |
| Tujuan Indikator                | : Terpenuhi syarat pengelolaan lingkungan rumah sakit                                                                                    |
| Definisi Operasional            | : Kelengkapan administrasi perizinan pengelolaan lingkungan adalah Adanya rekomendasi dari MENKLH, BAPEDAL untuk pengelolaan lingkungan. |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 tahun                                                                                                                                |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                |
| Numerator                       | : Jumlah pengelolaan lingkungan yang sudah memiliki izin                                                                                 |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pengelolaan lingkungan                                                                                                  |
| Sumber data                     | : Arsip IPSL                                                                                                                             |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                  |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Pemeliharaan Sanitasi Lingkungan                                                                                      |

## 2. Baku mutu air bersih

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                     |           |                  |            |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------|------------|
| Indikator            | Baku mutu air bersih                                                                                                                                                                                                                                |           |                  |            |
| Dimensi Mutu         | Keselamatan dan keamanan                                                                                                                                                                                                                            |           |                  |            |
| Tujuan indikator     | a. Tersedianya air bersih di rumah sakit yang memenuhi kualitas sesuai dengan persyaratan kwalitas baik dari segi fisik, kimia, dan bakteriologi.<br>b. Mendukung proses pelayanan / penyembuhan.                                                   |           |                  |            |
| Definisi Operasional | Air bersih adalah air yang dapat dipergunakan untuk keperluan sehari-hari dan kualitasnya memenuhi persyaratan kesehatan air bersih dan dapat diminum apabila sudah dimasak, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator |           |                  |            |
|                      | Parameter                                                                                                                                                                                                                                           |           |                  |            |
|                      | Bau                                                                                                                                                                                                                                                 | -         | Tidak berbau     | Tdk bau    |
|                      | Jumlah zat terlarut                                                                                                                                                                                                                                 | mg/l      | 1.500            | 364        |
|                      | Kekeruhan                                                                                                                                                                                                                                           | NTU       | 25               | 1.54       |
|                      | Rasa                                                                                                                                                                                                                                                | -         | Tidak berasa     | Tdk berasa |
|                      | Suhu                                                                                                                                                                                                                                                | °C        | Suhu udara ± 3°C | 26.7       |
|                      | Warna                                                                                                                                                                                                                                               | Mg/l      | 50               | 1.340      |
|                      | Air raksa (Hg)                                                                                                                                                                                                                                      | mg/l      | 0.001            | 0          |
|                      | Arsen (As)                                                                                                                                                                                                                                          | mg/l      | 0.05             | 0          |
|                      | Besi (Fe)                                                                                                                                                                                                                                           | mg/l      | 1.0              | 1.0        |
|                      | Fluorida (F)                                                                                                                                                                                                                                        | mg/l      | 1.5              | 1.5        |
|                      | Kadmium (Cd)                                                                                                                                                                                                                                        | mg/l      | 0.005            | 0.0041     |
|                      | Kesadahan (CaCO3)                                                                                                                                                                                                                                   | mg/l      | 500              | 14.4       |
|                      | Klorida (Cl)                                                                                                                                                                                                                                        | mg/l      | 600              | 86         |
|                      | Krome (Cr 6+)                                                                                                                                                                                                                                       | mg/l      | 0.05             | 0          |
|                      | Mangan (Mn)                                                                                                                                                                                                                                         | mg/l      | 0.5              | 0.0041     |
|                      | Nitrat (NO3)                                                                                                                                                                                                                                        | mg/l      | 10               | 0.594      |
|                      | Nitrit (NO2)                                                                                                                                                                                                                                        | mg/l      | 1.0              | 0.060      |
|                      | pH                                                                                                                                                                                                                                                  | -         | 6.5 – 9.0        | 8.21       |
|                      | Seng (Zn)                                                                                                                                                                                                                                           | mg/l      | 15               | 0.0051     |
|                      | Sianida (Cn)                                                                                                                                                                                                                                        | mg/l      | 0.01             | 0.003      |
|                      | Sulfat (SO4)                                                                                                                                                                                                                                        | mg/l      | 400              | 5          |
|                      | Timbal (Pb)                                                                                                                                                                                                                                         | mg/l      | 0.05             | 0          |
|                      | Detergen                                                                                                                                                                                                                                            | mg/l      | 0.5              | 0.004      |
|                      | Zat Organik (KMNO4)                                                                                                                                                                                                                                 | mg/l      | 10               | 8.754      |
|                      | Selenium (Se)                                                                                                                                                                                                                                       | mg/l      | 0.01             | 0.0012     |
|                      | MPN E. Coli                                                                                                                                                                                                                                         | mg/100 ml | 0                | 92         |
|                      | MPN Coliform                                                                                                                                                                                                                                        | mg/100 ml | 0                | 117        |

|                                 |                                                                                    |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Frekwensi updating indikator    | 3 bulan                                                                            |
| Periode dilakukan analisa       | 6 bulan                                                                            |
| Numerator                       | Hasil laboratorium pemeriksaan air bersih rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu |
| Denominator                     | Jumlah seluruh pemeriksaan air bersih                                              |
| Sumber Data                     | Hasil pemeriksaan                                                                  |
| Nilai                           | 100%                                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sanitasi Lingkungan                                  |

### 3. Baku mutu limbah cair

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pengelolaan sampah non medis                                                                                                                                                                                                                       |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan dan keamanan                                                                                                                                                                                                                           |
| Tujuan Indikator                | : Menciptakan kondisi lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh bersih dan sehat.                                                                                                                                             |
| Definisi Operasional            | : Sampah non medis adalah bahan-bahan yang tidak berguna , tidak digunakan ataupun yang terbuang.<br>Pengelolaan sampah non medis adalah : proses pemilahan, pengumpulan, penyimpanan, pengangkutan dan pemusnahan sesuai prosedur yang di tetapkan. |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                            |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                            |
| Numerator                       | : Jumlah sampah non medis yang dikelola sesuai dengan standar operating prosedur yang diamati                                                                                                                                                        |
| Denominator                     | : Jumlah total proses pengelolaan sampah non medis yang diamati                                                                                                                                                                                      |
| Sumber data                     | : Hasil pengamatan                                                                                                                                                                                                                                   |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                              |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Pemeliharaan Sanitasi Lingkungan                                                                                                                                                                                                  |

### 4. Pengelolaan sampah non medis

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Pengelolaan sampah non medis                                                                                                                                                                                                                       |
| Dimensi Mutu                 | : Keselamatan dan keamanan                                                                                                                                                                                                                           |
| Tujuan Indikator             | : Menciptakan kondisi lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh bersih dan sehat.                                                                                                                                             |
| Definisi Operasional         | : Sampah non medis adalah bahan-bahan yang tidak berguna , tidak digunakan ataupun yang terbuang.<br>Pengelolaan sampah non medis adalah : proses pemilahan, pengumpulan, penyimpanan, pengangkutan dan pemusnahan sesuai prosedur yang di tetapkan. |
| Frekwensi updating indikator | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                            |
| Periode dilakukan analisa    | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                            |
| Numerator                    | : Jumlah sampah non medis yang dikelola sesuai dengan standar operating prosedur yang diamati                                                                                                                                                        |
| Denominator                  | : Jumlah total proses pengelolaan sampah non medis yang diamati                                                                                                                                                                                      |



|                                 |                                                     |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Sumber data                     | : Hasil pengamatan                                  |
| Nilai                           | : 100 %                                             |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Pemeliharaan Sanitasi Lingkungan |

#### 5. Pengelolaan sampah medis

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pengelolaan Sampah Medis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan dan keamanan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Tujuan Indikator                | : 1. Menciptakan kondisi lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh bersih dan sehat.<br>2. Mencegah terjadi infeksi nosokomial.                                                                                                                                                                                                |
| Definisi Operasional            | : Sampah medis adalah sampah hasil kegiatan tindakan dan perawatan pasien yang diduga terkontaminasi sehingga bersifat infeksius termasuk didalamnya adalah sisa obat kadaluarsa.<br>Pengelolaan sampah medis meliputi pemilahan, pengumpulan, penyimpanan, pengangkutan, penimbangan dan pemusnahan dengan incenerator sesuai prosedur yang berlaku. |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Numerator                       | : Jumlah sampah medis yang dikelola sesuai dengan standar operating prosedur yang diamati                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Denominator                     | : Jumlah total proses pengelolaan sampah medis yang diamati                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Sumber data                     | : Hasil pengamatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Pemeliharaan Sanitasi Lingkungan                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

#### 6. Pengendalian vektor dan binatang pengganggu lainnya dilakukan sesuai jadwal

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pengendalian vektor dan binatang pengganggu lainnya.                                                                                                                                                                                                                                 |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan dan keamanan                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Tujuan Indikator                | : 1. Untuk mencegah penularan penyakit yang di akibat oleh vektor, serangga dan binatang pengganggu<br>2. Untuk menurunkan tingkat perkembang biakan vektor dan binatang pengganggu                                                                                                    |
| Definisi Operasional            | : Pengendalian vektor dan binatang pengganggu kegiatan yang bertujuan untuk menekan tingkat kepadatan / populasi vektor, serangga, binatang penggerat dan hewan pengganggu lainnya dan direncanakan secara periodik kecuali pada keadaan perkembangan populasi yang meningkat drastis. |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 Bulan                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Numerator                       | : Proses pengendalian vektor dan binatang pengganggu lainnya yang dilakukan sesuai dengan jadwal yang direncanakan.                                                                                                                                                                    |
| Denominator                     | : Jumlah total proses pengelolaan vektor yang direncanakan                                                                                                                                                                                                                             |
| Sumber data                     | : Hasil pengamatan                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Pemeliharaan Sanitasi Lingkungan                                                                                                                                                                                                                                    |

## 7. Pemantauan kebersihan ruang bangunan dan halaman

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pemantauan kebersihan ruang bangunan dan halaman                                                                                                                                                                                                                  |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Tujuan Indikator                | : Menciptakan kondisi lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh bersih dan sehat                                                                                                                                                             |
| Definisi Operasional            | : Kebersihan ruang bangunan dan halaman adalah suatu keadaan atau kondisi ruang bangunan dan halaman bebas dari bahaya risiko minimal untuk terjadinya infeksi silang dan masalah kesehatan dan keselamatan kerja sesuai indikator penilaian yang telah ditetapkan. |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Numerator                       | : Jumlah proses pemantauan dengan hasil kebersihan ruangan sesuai ketentuan yang di amati                                                                                                                                                                           |
| Denominator                     | : Jumlah total proses pemantauan kebersihan lingkungan rumah sakit yang diamati                                                                                                                                                                                     |
| Sumber data                     | : Hasil pengamatan                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Pemeliharaan Sanitasi Lingkungan                                                                                                                                                                                                                 |

### V. Pelayanan Administrasi Manajemen SPM :

| No  | Jenis Pelayanan                  | Standar Pelayanan Minimal                                                        |        | Penanggung Jawab           |
|-----|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------|
|     |                                  | Indikator                                                                        | Nilai  |                            |
| 1   | 2                                | 3                                                                                | 4      | 6                          |
| 22. | Pelayanan Administrasi Manajemen | 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi                            | 100 %  | Kabag Umum                 |
|     |                                  | 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja                                     | 100 %  | Kabag SDM & Diklat         |
|     |                                  | 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat                                   | 100 %  | Kabag SDM & Diklat         |
|     |                                  | 4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala                                       | 100 %  | Kabag SDM & Diklat         |
|     |                                  | 5. Karyawan yang mendapat pelatihan min. 20 jam setahun                          | ≥ 60 % | Kasubag Pengembangan SDM   |
|     |                                  | 6. Cost recovery                                                                 | ≥ 25 % | Kabag Akuntansi & Keuangan |
|     |                                  | 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan                                   | 100 %  | Kabag Akuntansi & Keuangan |
|     |                                  | 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap ≤ 1 jam | 100%   | Kabag Akuntansi & Keuangan |
|     |                                  | 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu         | 100 %  | Kabag Akuntansi & Keuangan |

## Uraian :

## 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi

|                  |                                                                                     |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator        | : Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi                                |
| Dimensi Mutu     | : Efektifitas                                                                       |
| Tujuan Indikator | : 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 |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Numerator                       | : Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam 1 bulan                                                                                                                                                                                                         |
| Denominator                     | : Total hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti dalam 1 bulan                                                                                                                                                                                                              |
| Sumber data                     | : Notulen rapat                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Bagian Umum                                                                                                                                                                                                                                                           |

## 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, efisiensi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Tujuan Indikator                | : 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 pertanggung jawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM, indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis Rumah Sakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh Pemda.<br>Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Numerator                       | : Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Denominator                     | : Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Sumber data                     | : Bagian Tata Usaha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Bagian SDM dan Diklat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator            | : Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat                                                                                                                                                                                                                              |
| Dimensi Mutu         | : Efektifitas, efisiensi dan kenyamanan                                                                                                                                                                                                                                    |
| Tujuan Indikator     | : Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai                                                                                                                                                                                               |
| Definisi Operasional | : Waktu kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober.<br>Ketepatan Waktu pengusulan kenaikan adalah: waktu pengusulan kenaikan pangkat bagi karyawan yang telah memenuhi persyaratan sesuai dengan waktu kenaikan pangkat |

|                                 |                                                                                              |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Frekwensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                    |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                    |
| Numerator                       | : Jumlah pegawai yang memenuhi persyaratan untuk kenaikan pangkat yang diusulkan tepat waktu |
| Denominator                     | : Jumlah pegawai yang memenuhi persyaratan untuk kenaikan pangkat                            |
| Sumber data                     | : Subbag Kepegawaian                                                                         |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Bagian SDM dan Diklat                                                               |

#### 4. Ketetapan waktu pengurusan gaji berkala

|                                 |                                                                                                                                        |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketetapan waktu pengurusan gaji berkala                                                                                              |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas dan kenyamanan                                                                                                           |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kesejahteraan pegawai                                                                   |
| Definisi Operasional            | : Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai Peraturan Kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999) |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 tahun                                                                                                                              |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                              |
| Numerator                       | : Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan berkala tepat waktu dalam 1 tahun                                                        |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya mendapatkan kenaikan gaji berkala dalam 1 tahun                                               |
| Sumber data                     | : Subbag SDM                                                                                                                           |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Bagian SDM dan Diklat                                                                                                         |

#### 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun

|                                 |                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun                                                                                                                                                   |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis                                                                                                                                                                                         |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kualitas SDM                                                                                                                                                 |
| Definisi Operasional            | : Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di Rumah Sakit ataupun diluar Rumah Sakit yang bukan merupakan pendidikan formal, minimal perkaryawan 20 jam pertahun |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 tahun                                                                                                                                                                                                   |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                                                                                   |
| Numerator                       | : Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan $\geq 20$ jam / tahun                                                                                                                                             |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh karyawan Rumah Sakit                                                                                                                                                                       |
| Sumber data                     | : Seksi Pelatihan                                                                                                                                                                                           |
| Nilai                           | : $\geq 60$ %                                                                                                                                                                                               |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kasubag Pengembangan SDM                                                                                                                                                                                  |

#### 6. Cost Recovery

|                      |                                                                                                                                                                    |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator            | : <i>Cost Recovery</i>                                                                                                                                             |
| Dimensi Mutu         | : Efisiensi dan efektifitas                                                                                                                                        |
| Tujuan Indikator     | : Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan Rumah Sakit                                                                                                              |
| Definisi Operasional | : <i>Cost Recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu |

|                                 |                                               |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                     |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                     |
| Numerator                       | : Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan  |
| Denominator                     | : Jumlah belanja operasional dalam satu bulan |
| Sumber data                     | : Bagian Keuangan                             |
| Nilai                           | : $\geq 25 \%$                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Bagian Akuntansi dan Keuangan        |

#### 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

|                                 |                                                                                                                                                      |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan                                                                                                        |
| Dimensi Mutu                    | : Efisiensi                                                                                                                                          |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan Rumah Sakit                                                                                             |
| Definisi Operasional            | : Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan selambat-lambatnya tanggal 10 pada bulan berikutnya |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                            |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 bulan                                                                                                                                            |
| Numerator                       | : Laporan keuangan yang diselesaikan selambat-lambatnya tanggal 10 pada bulan berikutnya                                                             |
| Denominator                     | : Laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam bulan tersebut                                                                                      |
| Sumber data                     | : Bagian Keuangan                                                                                                                                    |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                              |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala                                                                                                                                             |

#### 8. Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap $\leq 1$ jam

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap $\leq 1$ jam                                                                                                                                                                                |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas dan kenyamanan                                                                                                                                                                                                                                        |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap                                                                                                                                                                                           |
| Definisi Operasional            | : Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan pasien keluar dari RS $\leq 1$ jam |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Numerator                       | : Jumlah kurun waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap $\leq 1$ jam yang diamati dalam satu bulan                                                                                                                                                       |
| Denominator                     | : Jumlah total pasien rawat inap diamati dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                           |
| Sumber data                     | : Survei Bagian Keuangan                                                                                                                                                                                                                                            |
| Nilai                           | : 100%                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Bidang Keuangan                                                                                                                                                                                                                                            |

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

|                      |                                                                                                                                        |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator            | : Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu                                                                |
| Dimensi Mutu         | : Efektifitas                                                                                                                          |
| Tujuan Indikator     | : Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan Rumah Sakit                                                |
| Definisi Operasional | : Insentif adalah imbalan selain gaji dan tunjangan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan |

|                                 |                                                        |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                              |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                              |
| Numerator                       | : Jumlah bulan dengan keterlambatan pemberian insentif |
| Denominator                     | : Jumlah bulan yang diamati                            |
| Sumber data                     | : Catatan di Bagian Keuangan                           |
| Nilai                           | : 100 %                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Bidang Keuangan                               |

**W. Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah**  
**SPM :**

| No  | Jenis Pelayanan              | Standar Pelayanan Minimal                                                  |       | Penanggung Jawab      |
|-----|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------|
|     |                              | Indikator                                                                  | Nilai |                       |
| 1   | 2                            | 3                                                                          | 4     | 5                     |
| 23. | Ambulance/<br>Kereta Jenazah | 1. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah 24 jam                         | 100%  | Kepala Unit Ambulance |
|     |                              | 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di Rumah Sakit $\leq 30$ menit | 100%  | Kepala Unit Ambulance |

Uraian :

1. Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah 24 jam

|                                 |                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah 24 jam sesuai ketentuan                                                                                                      |
| Dimensi Mutu                    | : Akses                                                                                                                                                                   |
| Tujuan Indikator                | : 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 sesuai ketentuan |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                 |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                 |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif hari buka pelayanan ambulance selama 24 jam dalam satu bulan                                                                                           |
| Denominator                     | : Jumlah hari dalam bulan tersebut                                                                                                                                        |
| Sumber data                     | : Register ambulance/kereta jenazah                                                                                                                                       |
| Nilai                           | : 100%                                                                                                                                                                    |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Unit Ambulance                                                                                                                                                   |

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit  $\leq 30$  menit

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                    | : Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di Rumah Sakit $\leq 30$ menit                                                                                                                                                        |
| Dimensi Mutu                 | : Kenyamanan, keselamatan                                                                                                                                                                                                                       |
| Tujuan Indikator             | : Tergambarnya ketanggapan Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah                                                                                                                                         |
| Definisi Operasional         | : Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keuarga pasien di Rumah Sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah $\leq 30$ menit |
| Frekwensi updating indikator | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                 |                                                                             |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                   |
| Numerator                       | : Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan       |
| Sumber data                     | : Register ambulance/kereta jenazah                                         |
| Nilai                           | : 100 %                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Kemotoran                                                |

#### X. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah dan Forensik

SPM :

Uraian :

| No  | Jenis Pelayanan                             | Standar Pelayanan Minimal                                      |              | Penanggung Jawab                   |
|-----|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------|
|     |                                             | Indikator                                                      | Nilai        |                                    |
| 1   | 2                                           | 3                                                              | 4            | 5                                  |
| 24. | Pelayanan Pemulasaraan Jenazah dan Forensik | 1. Waktu tunggu pelayanan forensik jenazah $\leq 30$ menit     | 100%         | Ka. Instalasi Pemulasaraan Jenazah |
|     |                                             | 2. Pelaksana ekspertisi dr. SpF                                | 100%         | Ka. Instalasi Pemulasaraan Jenazah |
|     |                                             | 3. Waktu tunggu pelayanan pemulasaraan jenazah $\leq 30$ menit | 100%         | Ka. Instalasi Pemulasaraan Jenazah |
|     |                                             | 4. Kepuasan pelanggan                                          | $\geq 80 \%$ | Ketua Komite Mutu                  |

##### 1. Waktu tunggu pelayanan forensik jenazah $\leq 30$ menit

|                                 |                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tunggu mendapatkan pelayanan kedokteran forensik jenazah $\leq 30$ menit                                                                                                             |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                                                                            |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan pelayanan kedokteran forensik                                                                                                                                       |
| Definisi Operasional            | : Waktu tunggu pelayanan kedokteran forensik adalah tenggang waktu mulai jenazah siap di instalasi pemulasaraan jenazah sampai dengan menerima pelayanan kedokteran forensik $\leq 30$ menit |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                    |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                    |
| Numerator                       | : Jumlah jenazah yang membutuhkan pemeriksaan forensik jenazah dengan waktu tunggu pelayanan forensik jenazah $\leq 30$ menit yang disurvei                                                  |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh jenazah yang membutuhkan pemeriksaan kedokteran forensik yang disurvei                                                                                                      |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                                                                     |
| Nilai                           | : 100%                                                                                                                                                                                       |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah                                                                                                                                                      |

##### 2. Pelaksana ekspertisi dr Sp.F

|                  |                                                                                                                                                        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator        | : Pelaksana ekspertisi dr. SpF                                                                                                                         |
| Dimensi Mutu     | : Kompetisi teknis                                                                                                                                     |
| Tujuan Indikator | : Pembaca dan verifikasi hasil pelayanan kedokteran forensik terhadap jenazah dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan hasil pemeriksaan. |



|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definisi Operasional            | : Pelaksana ekspertisi pelayanan kedokteran forensik adalah dokter spesialis kedokteran forensik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pelayanan kedokteran forensik. Bukti verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis kedokteran forensik pada lembar hasil pemeriksaan |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Numerator                       | : Jumlah pasien (jenazah) yang dilakukan pemeriksaan yang dilayani dan diverifikasi oleh dokter spesialis kedokteran forensik selama satu bulan                                                                                                                                               |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien di ruang pemulasaraan jenazah selama satu bulan                                                                                                                                                                                                                       |
| Sumber data                     | : Buku register di Instalasi pemulasaraan jenazah                                                                                                                                                                                                                                             |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah                                                                                                                                                                                                                                                       |

### 3. Waktu tunggu pelayanan pemulasaraan jenazah $\leq 30$ menit

|                                 |                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Waktu tunggu pelayanan pemulasaraan jenazah $\leq 30$ menit                                                                                                                                    |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                                                                                |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan pelayanan pemulasaraan jenazah                                                                                                                                          |
| Definisi Operasional            | : Waktu tunggu pelayanan pemulasaraan jenazah adalah tenggang waktu mulai pasien/jenazah diterima di kamar jenazah sampai dengan menerima pelayanan pemulasaraan jenazah jenazah $\leq 30$ menit |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                                                                                        |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                                                                                        |
| Numerator                       | : Jumlah pasien (jenazah) yang membutuhkan pelayanan pemulasaraan jenazah dengan waktu tunggu pelayanan pemulasaraan jenazah $\leq 30$ menit dalam satu bulan                                    |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh pasien (jenazah) yang dilakukan pemulasaraan jenazah dalam bulan tersebut                                                                                                       |
| Sumber data                     | : Register pemulasaraan jenazah                                                                                                                                                                  |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                          |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah                                                                                                                                                          |

### 4. Kepuasan Pelanggan

|                                 |                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kepuasan Pelanggan                                                                                                                                                                                               |
| Dimensi Mutu                    | : Kenyamanan                                                                                                                                                                                                       |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan kedokteran forensik                                                                                                                                           |
| Definisi Operasional            | : Pelanggan dalam kedokteran forensik dan pemulasaraan jenazah adalah korban dan atau keluarga korban (jenazah)<br>Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan kedokteran forensik |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                          |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                          |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pelanggan yang disurvei                                                                                                                                           |
| Denominator                     | : Jumlah total pelanggan yang disurvei                                                                                                                                                                             |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                                                                                           |
| Nilai                           | : $\geq 80$ %                                                                                                                                                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite Mutu                                                                                                                                                                                                |



# Y. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

## SPM :

| No  | Jenis Pelayanan                           | Standar Pelayanan Minimal                                                                                                  |       | Penanggung Jawab |
|-----|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------|
|     |                                           | Indikator                                                                                                                  | Nilai |                  |
| 1   | 2                                         | 3                                                                                                                          | 4     | 5                |
| 25. | Pelayanan Pemeliharaan sarana Rumah Sakit | 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan sarana dan prasarana $\leq 20$ menit                                               | 100 % | Ka. IPSRS        |
|     |                                           | 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat                                                                                       | 100 % | Ka. IPSRS        |
|     |                                           | 3. Peralatan medis dan non medis yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | 100 % | Ka. IPSRS        |

## Uraian :

### 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan sarana dan prasarana $\leq 20$ menit

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kecepatan waktu menanggapi kerusakan sarana dan prasarana $\leq 20$ menit                                                                                                                                                    |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan                                                                                                                                                                              |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat                                                                                                                                                       |
| Difinisi 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 $\leq 20$ menit |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                      |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                      |
| Numerator                       | : Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi $\leq 20$ menit dalam satu bulan                                                                                                                                               |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan                                                                                                                                                                       |
| Sumber data                     | : Catatan laporan kerusakan alat                                                                                                                                                                                               |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit                                                                                                                                                                             |

### 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

|                                 |                                                                                                                                         |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketepatan waktu pemeliharaan alat                                                                                                     |
| Dimensi Mutu                    | : Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan                                                                                       |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat                                                                        |
| Difinisi Operasional            | : Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                               |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                               |
| Numerator                       | : Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam 1 bulan                                                           |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan                                                           |
| Sumber data                     | : Register pemeliharaan alat                                                                                                            |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                 |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit                                                                                      |

3. Peralatan medis dan non medis yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Peralatan medis dan non medis yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Dimensi Mutu                    | : Keselamatan dan efektifitas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya akurasi pelayanan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Rationale Definisi Operasional  | : Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan medis dan non medis termasuk peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK) serta badan lainnya yang berwenang.<br>Waktu kalibrasi adalah waktu pengujian kembali peralatan medis dan non medis termasuk peralatan laboratorium sesuai dengan ketentuan standar masing-masing peralatan. |
| Frekwensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Numerator                       | : Jumlah seluruh alat medis dan non medis yang dikalibrasi tepat waktu dalam 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Denominator                     | : Jumlah alat medis dan non medis yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Sumber data                     | : Buku Registrasi IPSRS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## Z. Pelayanan Laundry

### SPM :

| No  | Jenis Pelayanan   | Standar Pelayanan Minimal                                  |       | Penanggung Jawab |
|-----|-------------------|------------------------------------------------------------|-------|------------------|
|     |                   | Indikator                                                  | Nilai |                  |
| 1   | 2                 | 3                                                          | 4     | 5                |
| 26. | Pelayanan Laundry | 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang                 | 100 % | Ka. Unit Laundry |
|     |                   | 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap | 100 % | Ka. Unit Laundry |

### Uraian :

#### 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

|                                 |                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Tidak adanya kejadian linen yang hilang                                                                                                                                                                    |
| Dimensi Mutu                    | : Efisiensi dan efektifitas                                                                                                                                                                                  |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry                                                                                                                                                       |
| Definisi Operasional            | : Tidak adanya kejadian linen hilang adalah keadaan jumlah linen yang masuk untuk diproses di instalasi laundry sama dengan jumlah linen yang didistribusikan kembali kepada instalasi/ruangan pemilik linen |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 hari                                                                                                                                                                                                     |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                    |
| Numerator                       | : Jumlah linen yang didistribusikan kembali kepada instalasi/ruangan pemilik linen                                                                                                                           |
| Denominator                     | : Jumlah linen yang diterima dari instalasi/ruangan                                                                                                                                                          |
| Sumber data                     | : Buku Register Laundry                                                                                                                                                                                      |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Unit Laundry                                                                                                                                                                                        |

## 2. Ketepatan waktu pendistribusian linen untuk ruang rawat inap

|                                 |                                                                                                                                 |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketepatan waktu pendistribusian linen untuk ruang rawat inap                                                                  |
| Dimensi Mutu                    | : Efisiensi dan efektifitas                                                                                                     |
| Tujuan Indikator                | : Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry                                                                          |
| Difinisi Operasional            | : Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan pendistribusian kembali linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                       |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                       |
| Numerator                       | : Jumlah pendistribusian kembali linen tepat waktu dalam 1 bulan pada saat survei                                               |
| Denominator                     | : Jumlah pendistribusian linen yang disurvei dalam 1 bulan                                                                      |
| Sumber data                     | : Survei Buku Register Laundry                                                                                                  |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                         |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala Unit Laundry                                                                                                           |

**AA. Pencegahan Pengendalian Infeksi****SPM :**

| No  | Jenis Pelayanan                         | Standar Pelayanan Minimal                                                                                               |       | Penanggung Jawab |
|-----|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------|
|     |                                         | Indikator                                                                                                               | Nilai |                  |
| 1   | 2                                       | 3                                                                                                                       | 4     | 5                |
| 27. | Pencegahan & Pengendalian Infeksi (PPI) | 1. Ada anggota tim PPI yang terlatih                                                                                    | 100 % | Ketua Komite PPI |
|     |                                         | 2. Tersedia Alat Pelindung Diri (APD) disetiap Instalasi / departemen                                                   | 100 % | Ketua Komite PPI |
|     |                                         | 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial /HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter) | 100 % | Ketua Komite PPI |

## Uraian :

## 1. Ada anggota Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih

|                                 |                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ada anggota Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih                                                                                                                        |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis                                                                                                                                                                              |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya anggota tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas tim PPI                                                                         |
| Difinisi Operasional            | : Anggota tim PPI terlatih adalah anggota Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) |
| Frekwensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                                                                        |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                                                                                        |
| Numerator                       | : Jumlah anggota Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang sudah terlatih                                                                                                               |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh anggota Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)                                                                                                                           |
| Sumber data                     | : Kepegawaian                                                                                                                                                                                    |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                          |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)                                                                                                                                         |

## 2. Tersedia Alat Pelindung Diri (APD) di setiap Instalasi / Departemen

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Tersedianya Alat Pelindung Diri (APD) di setiap Instalasi / Departemen                                                                                                                                                                     |
| Dimensi Mutu                    | : Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung                                                                                                                                                                                    |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya Alat Pelindung Diri disetiap instalasi Rumah Sakit                                                                                                                                                                             |
| Definisi Operasional            | : Alat Pelingung Diri adalah alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di Rumah Sakit seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                    |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                    |
| Numerator                       | : Jumlah instalasi yang menyediakan Alat Pelindung Diri                                                                                                                                                                                      |
| Denominator                     | : Jumlah instalasi di Rumah Sakit                                                                                                                                                                                                            |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                                                                                                                     |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)                                                                                                                                                                                     |

## 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / Health Care Associated Infection (HAI) di Rumah Sakit (minimal 1 parameter)

|                                 |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / Health Care Associated Infection (HAI) di Rumah Sakit (minimal 1 parameter)                                        |
| Dimensi Mutu                    | : Keamanan pasien, petugas dan pengunjung                                                                                                                                   |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit                                                                                               |
| Definisi Operasional            | : Kegiatan pengamanan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (Check list) pada instalasi yang tersedia di Rumah Sakit. Minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK) |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 bulan                                                                                                                                                                   |
| Periode dilakukan analisa       | : 3 bulan                                                                                                                                                                   |
| Numerator                       | : Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan                                                                                                                  |
| Denominator                     | : Jumlah instalasi yang tersedia                                                                                                                                            |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                                                    |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)                                                                                                                    |

## BB. Tempat Pendidikan

## SPM :

| No  | Jenis Pelayanan                                                                                    | Standar Pelayanan Minimal                                          |       | Penanggung Jawab         |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
|     |                                                                                                    | Indikator                                                          | Nilai |                          |
| 1   | 2                                                                                                  | 3                                                                  | 4     | 5                        |
| 28. | Pendidikan utk peserta didik prodi D3 dan S1 Kesehatan, Dokter serta prodi D3 dan S1 Non Kesehatan | 1. Pencapaian terhadap target pembelajaran                         | 90 %  | Kasubag Pengembangan SDM |
|     |                                                                                                    | 2. Jumlah peserta didik yg menyelesaikan sampai akhir pembelajaran | 90 %  | Kasubag Pengembangan SDM |

|  |  |                                                                                                                 |      |                          |
|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------|
|  |  | 3. Kepuasan peserta didik thdp tempat pendidikan                                                                | 80 % | Kasubag Pengembangan SDM |
|  |  | 4. Kepuasan peserta didik terhadap pendamping dari RS                                                           | 80 % | Kasubag Pengembangan SDM |
|  |  | 5. Ada kesepakatan input, proses dan output di tempat pendidikan untuk prodi D3 dan S1 Non Kesehatan            | 100% | Kasubag Pengembangan SDM |
|  |  | 6. Tersedianya materi pendidikan yang sesuai dengan peserta didik khususnya untuk prodi D3 dan S1 Non Kesehatan | 100% | Kasubag Pengembangan SDM |

Uraian :

1. Pencapaian terhadap target pembelajaran

|                                 |                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pencapaian terhadap target pembelajaran yaitu dengan adanya kurikulum pendidikan yang mengacu pada standar Nasional                                              |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis                                                                                                                                                |
| Tujuan Indikator                | : Tercapainya target pembelajaran                                                                                                                                  |
| Definisi Operasional            | : Kegiatan belajar mengajar yang dilaksanakan di RS untuk peserta didik prodi D3 dan S1 Kesehatan serta Dokter sesuai kurikulum yang mengacu pada standar Nasional |
| Frekwensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                                          |
| Periode dilakukan analisa       | : 6bulan                                                                                                                                                           |
| Numerator                       | : Jumlah peserta didik D3 dan S1 kesehatan serta Dokter yang mengikuti seluruh proses dan tahapan pembelajaran di periode tertentu                                 |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh peserta didik D3 dan S1 Kesehatan serta Dokter di periode tertentu                                                                                |
| Sumber data                     | : Bagian Diklat                                                                                                                                                    |
| Nilai                           | : 90 %                                                                                                                                                             |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kasubag Pengembangan SDM                                                                                                                                         |

2. Jumlah peserta didik yang menyelesaikan sampai akhir pembelajaran

|                                 |                                                                                                                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Jumlah peserta didik yg menyelesaikan sampai akhir pembelajaran yang lulus dan mendapatkan ijazah                               |
| Dimensi Mutu                    | : Proses belajar mengajar yang dilaksanakan                                                                                       |
| Tujuan Indikator                | : Tercapainya target seluruh peserta didik mengikuti pembelajaran sampai selesai                                                  |
| Definisi Operasional            | : Kegiatan belajar mengajar yang diikuti oleh seluruh peserta didik prodi D3 dan S1 Kesehatan serta Dokter dari awal sampai akhir |
| Frekwensi updating indikator    | : 1 tahun                                                                                                                         |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 tahun                                                                                                                         |
| Numerator                       | : Jumlah peserta didik D3 dan S1 Kesehatan serta Dokter yang lulus dan mendapat ijazah pada satu tahun ajaran                     |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh peserta didik D3 dan S1 Kesehatan serta Dokter pada satu tahun ajaran                                            |
| Sumber data                     | : Bagian Diklat                                                                                                                   |
| Nilai                           | : 90 %                                                                                                                            |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kasubag Pengembangan SDM                                                                                                        |

## 3. Kepuasan peserta didik terhadap tempat pendidikan

|                                 |                                                                                                                                                     |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kepuasan peserta didik terhadap tempat pendidikan                                                                                                 |
| Dimensi Mutu                    | : Proses belajar mengajar yang dilaksanakan                                                                                                         |
| Tujuan Indikator                | : Terselenggaranya kegiatan belajar mengajar yang memberikan kepuasan terhadap seluruh peserta didik                                                |
| Definisi Operasional            | : Kepuasan peserta didik adalah pernyataan puas oleh seluruh peserta didik terhadap kegiatan belajar mengajar yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit |
| Frekwensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                           |
| Periode dilakukan analisa       | : 1 Tahun                                                                                                                                           |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari peserta didik yang disurvei (dalam prosen)                                                         |
| Denominator                     | : Jumlah total peserta didik yang disurvei (Minimal N=50)                                                                                           |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                            |
| Nilai                           | : $\geq 80 \%$                                                                                                                                      |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kasubag Pengembangan SDM                                                                                                                          |

## 4. Kepuasan peserta didik terhadap tim pendamping dari Rumah Sakit

|                                 |                                                                                                                                             |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kepuasan peserta didik terhadap tim pendamping dari Rumah Sakit                                                                           |
| Dimensi Mutu                    | : Proses pendampingan belajar mengajar yang dilaksanakan oleh tim pendamping Rumah Sakit                                                    |
| Tujuan Indikator                | : Terselenggaranya kegiatan pendampingan belajar mengajar oleh pendamping Rumah Sakit yang dapat memberikan kepuasan terhadap peserta didik |
| Definisi Operasional            | : Kepuasan peserta didik adalah pernyataan puas oleh peserta didik terhadap tim pendamping Rumah Sakit                                      |
| Frekwensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                   |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                                   |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari peserta didik yang disurvei (dalam prosen)                                                 |
| Denominator                     | : Jumlah total peserta didik yang disurvei (Minimal N=50)                                                                                   |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                    |
| Nilai                           | : $\geq 80 \%$                                                                                                                              |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kasubag Pengembangan SDM                                                                                                                  |

## 5. Ada kesepakatan input, proses dan output di tempat pendidikan untuk prodi D3 dan S1 Non Kesehatan

|                                 |                                                                                                                                            |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ada kesepakatan input, proses dan output di tempat pendidikan untuk prodi D3 dan S1 Non Kesehatan                                        |
| Dimensi Mutu                    | : Proses pembelajaran                                                                                                                      |
| Tujuan Indikator                | : Tercapainya target pembelajaran                                                                                                          |
| Definisi Operasional            | : Kegiatan belajar mengajar yang dilaksanakan di RS untuk peserta didik prodi D3 dan S1 Non Kesehatan sesuai kesepakatan kedua belah pihak |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                                  |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 bulan                                                                                                                                  |
| Numerator                       | : Jumlah peserta didik D3 dan S1 Non Kesehatan yang mengikuti seluruh proses dan tahapan pembelajaran di periode tertentu                  |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh peserta didik D3 dan S1 Non Kesehatan di periode tertentu                                                                 |
| Sumber data                     | : Bagian Diklat                                                                                                                            |
| Nilai                           | : 90 %                                                                                                                                     |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kasubag Pengembangan SDM                                                                                                                 |

6. Tersedianya materi pendidikan yang sesuai dengan peserta didik khususnya untuk prodi D3 dan S1 Non Kesehatan

|                                 |                                                                                                                                        |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Tersedianya materi pendidikan yang sesuai dengan peserta didik khususnya untuk prodi D3 dan S1 Non Kesehatan                         |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis                                                                                                                    |
| Tujuan Indikator                | : Tercapainya proses transfer ilmu sesuai dengan materi yang telah disepakati                                                          |
| Definisi Operasional            | : Tersedianya materi pendidikan yang tepat dan sesuai untuk peserta didik D3 dan S1 Non Kesehatan                                      |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                              |
| Periode dilakukan analisa       | : 6bulan                                                                                                                               |
| Numerator                       | : Jumlah peserta didik D3 dan S1 Non Kesehatan yang mengikuti seluruh proses dan tahapan pembelajaran untuk materi pendidikan tertentu |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh peserta didik D3 dan S1 Non Kesehatan untuk materi pendidikan tertentu                                                |
| Sumber data                     | : Bagian Diklat                                                                                                                        |
| Nilai                           | : 90 %                                                                                                                                 |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kasubag Pengembangan SDM                                                                                                             |

#### CC. Tempat Pelatihan

##### SPM :

| No  | Jenis Pelayanan                                                            | Standar Pelayanan Minimal     |       | Penanggung Jawab         |
|-----|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------|--------------------------|
|     |                                                                            | Indikator                     | Nilai |                          |
| 1   | 2                                                                          | 3                             | 4     | 6                        |
| 29. | Tempat pelatihan utk tenaga kesehatan, tenaga non kesehatan dan masyarakat | 1.Penyelenggara bersertifikat | 100 % | Kasubag Pengembangan SDM |
|     |                                                                            | 2.Peserta mendapat sertifikat | 100 % | Kasubag Pengembangan SDM |
|     |                                                                            | 3.Kepuasan peserta pelatihan  | 80 %  | Kasubag Pengembangan SDM |

##### Uraian :

##### 1. Penyelenggara bersertifikat

|                                 |                                                                                                                     |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Adanya tim pelatih yang bersertifikat                                                                             |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis                                                                                                 |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya anggota tim pelatih yang kompeten untuk memberikan pelatihan sesuai dengan kompetensi dan keahliannya |
| Definisi Operasional            | : Anggota tim pelatih adalah tim Rumah Sakit yang telah memiliki sertifikasi keahlian sesuai dengan bidangnya       |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                           |
| Periode dilakukan analisa       | : 6bulan                                                                                                            |
| Numerator                       | : Jumlah anggota tim pelatih yang sudah tersertifikasi                                                              |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh anggota tim pelatih                                                                                |
| Sumber data                     | : Kepegawaian                                                                                                       |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                             |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kasubag Pengembangan SDM                                                                                          |



## 2. Peserta mendapat sertifikat

|                                 |                                                                                           |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Peserta mendapat sertifikat                                                             |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis                                                                       |
| Tujuan Indikator                | : Peserta pelatihan yang telah mengikuti pelatihan dan layak untuk mendapatkan sertifikat |
| Definisi Operasional            | : Terselenggaranya pelatihan dan transfer ilmu dari tim pelatih dengan baik dan benar     |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                 |
| Periode dilakukan analisa       | : 6bulan                                                                                  |
| Numerator                       | : Jumlah peserta pelatihan yang mendapat sertifikat                                       |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh peserta pelatihan                                                        |
| Sumber data                     | : Kepegawaian                                                                             |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                   |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kasubag Pengembangan SDM                                                                |

## 3. Kepuasan peserta pelatihan

|                                 |                                                                                                                                                      |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kepuasan peserta pelatihan                                                                                                                         |
| Dimensi Mutu                    | : Proses pelatihan yang dilaksanakan                                                                                                                 |
| Tujuan Indikator                | : Terselenggaranya kegiatan pelatihan yang memberikan kepuasan terhadap seluruh peserta pelatihan                                                    |
| Definisi Operasional            | : Kepuasan peserta pelatihan adalah pernyataan puas oleh seluruh peserta pelatihan terhadap kegiatan pelatihan yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                                            |
| Periode dilakukan analisa       | 6 Tahun                                                                                                                                              |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari peserta pelatihan yang disurvei (dalam prosen)                                                      |
| Denominator                     | : Jumlah total peserta pelatihan yang disurvei (Minimal N=50)                                                                                        |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                             |
| Nilai                           | : $\geq 80$ %                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kasubag Pengembangan SDM                                                                                                                           |

**DD. Tempat Penelitian****SPM :**

| No  | Jenis Pelayanan                                                                               | Standar Pelayanan Minimal                                          |       | Penanggung Jawab         |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
|     |                                                                                               | Indikator                                                          | Nilai |                          |
| 1   | 2                                                                                             | 3                                                                  | 4     | 6                        |
| 30. | Tempat penelitian utk Dosen prodi D3 dan S1 Kesehatan serta peserta didik D3 dan S1 Kesehatan | 1. Pengelolaan terhadap peneliti                                   | 90%   | Kasubag Pengembangan SDM |
|     |                                                                                               | 2. Pengelolaan terhadap subyek/obyek penelitian                    | 90%   | Kasubag Pengembangan SDM |
|     |                                                                                               | 3. Kepuasan peneliti                                               | 90%   | Kasubag Pengembangan SDM |
|     |                                                                                               | 4. Ketersediaan pendamping untuk peserta didik D3 dan S1 Kesehatan | 100%  | Kasubag Pengembangan SDM |



Uraian :

1. Pengelolaan terhadap peneliti

|                                 |                                                                                                    |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pengelolaan terhadap peneliti                                                                    |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis                                                                                |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya fasilitas dan sarana prasarana untuk peneliti                                        |
| Definisi Operasional            | : Terselenggaranya kegiatan penelitian dengan pengelolaan fasilitas dan sarana prasarana yang baik |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                          |
| Periode dilakukan analisa       | : 6bulan                                                                                           |
| Numerator                       | : Jumlah peneliti yang mendapatkan fasilitas dan sarana prasarana lengkap                          |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh peneliti                                                                          |
| Sumber data                     | : Bagian Diklat                                                                                    |
| Nilai                           | : 90 %                                                                                             |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kasubag Pengembangan SDM                                                                         |

2. Pengelolaan terhadap subyek / obyek penelitian

|                                 |                                                                                               |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Pengelolaan terhadap subyek/obyek penelitian                                                |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi teknis                                                                           |
| Tujuan Indikator                | : Terkelolanya subyek / obyek penelitian dengan baik                                          |
| Definisi Operasional            | : Terselenggaranya kegiatan penelitian dengan pengelolaan subyek / obyek penelitian yang baik |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                     |
| Periode dilakukan analisa       | : 6bulan                                                                                      |
| Numerator                       | : Jumlah subyek / obyek penelitian yang digunakan pada periode tertentu                       |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh subyek / obyek penelitian pada periode tertentu                              |
| Sumber data                     | : Bagian Diklat                                                                               |
| Nilai                           | : 90 %                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kasubag Pengembangan SDM                                                                    |

3. Kepuasan peneliti

|                                 |                                                                                                                                                      |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Kepuasan peneliti                                                                                                                                  |
| Dimensi Mutu                    | : Proses pelatihan yang dilaksanakan                                                                                                                 |
| Tujuan Indikator                | : Terselenggaranya kegiatan pelatihan yang memberikan kepuasan terhadap seluruh peserta pelatihan                                                    |
| Definisi Operasional            | : Kepuasan peserta pelatihan adalah pernyataan puas oleh seluruh peserta pelatihan terhadap kegiatan pelatihan yang diselenggarakan oleh Rumah Sakit |
| Frekwensi updating indikator    | : 3 bulan                                                                                                                                            |
| Periode dilakukan analisa       | : 6 Tahun                                                                                                                                            |
| Numerator                       | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari peserta pelatihan yang disurvei (dalam prosen)                                                      |
| Denominator                     | : Jumlah total peserta pelatihan yang disurvei (Minimal N=50)                                                                                        |
| Sumber data                     | : Survei                                                                                                                                             |
| Nilai                           | : $\geq 80$ %                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kasubag Pengembangan SDM                                                                                                                           |

## 4. Ketersediaan Pendamping Untuk Peserta Didik D3 dan S1 Kesehatan

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indikator                       | : Ketersediaan pendamping untuk peserta didik D3 dan S1 kesehatan                                                                                                                                                              |
| Dimensi Mutu                    | : Kompetensi Teknis                                                                                                                                                                                                            |
| Tujuan Indikator                | : Tersedianya pendamping untuk peserta didik D3 dan S1 Kesehatan yang Kompeten untuk melaksanakan pendampingan penelitian                                                                                                      |
| Definisi Operasional            | : Pendamping dipilih berdasarkan kompetensi dengan tujuan untuk mendampingi peserta didik D3 dan S1 Kesehatan yang sedang melaksanakan penelitian, satu pendamping bisa mengampu beberapa peserta didik sesuai kebijakan di RS |
| Frekwensi updating indikator    | : 6 bulan                                                                                                                                                                                                                      |
| Periode dilakukan analisa       | 1 Tahun                                                                                                                                                                                                                        |
| Numerator                       | : Jumlah peserta didik D3 dan S1 Kesehatan yang melaksanakan penelitian dan mendapatkan pendamping                                                                                                                             |
| Denominator                     | : Jumlah seluruh peserta didik D3 dan S1 Kesehatan yang melaksanakan penelitian                                                                                                                                                |
| Sumber data                     | : Bagian Diklat                                                                                                                                                                                                                |
| Nilai                           | : 100 %                                                                                                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kasubag Pengembangan SDM                                                                                                                                                                                                     |

GUBERNUR SUMATERA SELATAN,

dto

H. ALEX NOERDIN