



BERITA DAERAH KOTA BOGOR

Nomor 21 Tahun 2014

Seri E Nomor 18

PERATURAN WALIKOTA BOGOR

NOMOR 21 TAHUN 2014

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM
DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BOGOR**

Diundangkan dalam Berita Daerah Kota Bogor

Nomor 18 Tahun 2014

Seri E

Tanggal 6 Agustus 2014

**SEKRETARIS DAERAH KOTA BOGOR,
ttd.**

ADE SARIP HIDAYAT

Pembina Utama Muda

NIP. 19600910 198003 1 003



Walikota Bogor
Provinsi Jawa Barat

PERATURAN WALIKOTA BOGOR

NOMOR 21 TAHUN 2014

TENTANG

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM
DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BOGOR**

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALIKOTA BOGOR,

- Menimbang : a. bahwa penanganan bidang kesehatan sebagai bagian dari pelayanan dasar merupakan urusan wajib yang menjadi kewenangan Pemerintah Daerah, maka dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat, khususnya pelayanan kesehatan pada Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Bogor, perlu mengatur Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang dapat dijadikan pedoman dan acuan bagi pelaksanaan tugas dan peningkatan kinerja;
- b. bahwa untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh BLUD RSUD Kota Bogor, maka sesuai dengan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61

Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, Walikota berwenang menetapkan standar pelayanan minimal pada BLUD RSUD Kota Bogor;

- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undan-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
 3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);

4. 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);
5. 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);
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
7. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 3 Tahun 2005 tentang Penyelenggaraan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 19 Tahun 2011 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 3 Tahun 2005 tentang Penyelenggaraan Kesehatan (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2011 Nomor 7 Seri E);
8. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 3 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Kota Bogor (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2008 Nomor 2 Seri E);
9. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 3 Tahun 2010 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2010 Nomor 1 Seri D);
10. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 5 Tahun 2013 tentang Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2013 Nomor 1 Seri D);

11. Peraturan Walikota Kota Bogor Nomor 24 Tahun 2010 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan TataKerja Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor Kota Bogor;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN WALIKOTA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BOGOR.**

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Walikota ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Bogor.
2. Pemerintah Daerah adalah Walikota beserta perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Walikota adalah Walikota Bogor.
4. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah satuan kerja perangkat daerah di lingkungan Pemerintah Kota Bogor yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah RSUD Kota Bogor yang telah ditetapkan sebagai BLUD secara penuh.
6. Direktur adalah Direktur RSUD Kota Bogor.
7. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.

8. Pelayanan RSUD Kota Bogor adalah pelayanan yang diberikan oleh RSUD Kota Bogor kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan pelayanan administrasi manajemen.
9. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan RSUD Kota Bogor kepada masyarakat.
10. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standard an kode etik profesi yang telah ditetapkan.
11. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, keselamatan, efisiensi, kenyamanan, kesinambungan, keamanan, kompetensi, pelayanan, teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar *World Health Organizatin* (WHO).
12. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
13. Indikator Kinerja adalah variable yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
14. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
15. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
16. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.

17. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
18. Pembilang (*numerator*) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
19. Penyebut (*denominator*) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
20. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
21. Sumber Data adalah bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Maksud dibentuknya Peraturan Walikota ini adalah sebagai pedoman dan acuan bagi BLUD RSUD Kota Bogor dalam melaksanakan urusan wajib Pemerintah Daerah di bidang kesehatan dalam skala minimal.
- (2) Tujuan dibentuknya Peraturan Walikota ini adalah :
 - a. sebagai alat untuk menjamin dan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib;
 - b. meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan pada BLUD RSUD Kota Bogor;
 - c. memberikan standar yang jelas sebagai tolok ukur pemenuhan pelaksanaan pelayanan dasar bidang kesehatan kepada masyarakat dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib.

BAB III
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI), BATAS
WAKTU PENCAPIAN DAN URAIAN SPM

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD Kota Bogor mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (*kuratif*), pemulihan (*rehabilitative*) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (*preventif*), peningkatan (*promotif*) serta upaya rujukan.
- (2) Jenis-jenis pelayanan RSUD Kota Bogor sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. pelayanan gawat darurat;
 - b. pelayanan rawat jalan;
 - c. pelayanan rawat inap;
 - d. pelayanan bedah;
 - e. Pelayanan ICU;
 - f. pelayanan rehabilitasi medik;
 - g. pelayanan pemulasaran jenazah;
 - h. pelayanan radiologi;
 - i. pelayanan laboratorium;
 - j. pelayanan farmasi;
 - k. pelayanan gizi;
 - l. pelayanan sanitasi RS;
 - m. pelayanan rekam medik;
 - n. pelayanan CSSD;

- o. pelayanan persalinan;
- p. pelayanan hemodialisa;
- q. pelayanan anestesi;
- r. pelayanan administrasi dan manajemen;

Bagian Kedua
Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian
dan Uraian SPM

Pasal 4

RSUD Kota Bogor menyelenggarakan Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) berdasarkan kepada Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Walikota ini.

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) RSUD Kota Bogor yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM dalam Peraturan Walikota Bogor ini.
- (2) Direktur atau Pimpinan RSUD Kota Bogor bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Walikota ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 6

- (1) Direktur RSUD Kota Bogor menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD Kota Bogor menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya yang pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan SPM.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, penyelenggaraan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

BAB V PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan RSUD Kota Bogor yang menerapkan PPK-BLUD dilakukan oleh Walikota melalui Sekretaris Daerah
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
 - b. penyusunan rencana pencapaian standar pelayanan minimal dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM;
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

Bagian Kedua

Pengawasan dan Biaya Operasional

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawasan Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur RSUD Kota Bogor.

Pasal 9

- (1) Pengawasan Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen RSUD Kota Bogor menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

Pasal 10

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD Kota Bogor selain dilakukan oleh pejabat Pembina dan Pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah orang yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD RSUD Kota Bogor.

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD Kota Bogor yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran RSUD Kota Bogor.

BAB VI
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Bogor.

Ditetapkan di Bogor
pada tanggal 6 Agustus 2014

WALIKOTA BOGOR,
ttd.
BIMA ARYA

Diundangkan di Bogor
pada tanggal 6 Agustus 2014

SEKRETARIS DAERAH KOTA BOGOR,
ttd.
ADE SARIP HIDAYAT

BERITA DAERAH KOTA BOGOR
TAHUN 2014 NOMOR 18 SERI E

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,

TOTO M. ULUM, S.H., MM.
Pembina Tingkat I
NIP. 19620308 1987011003

LAMPIRAN PERATURAN WALIKOTA BOGOR

NOMOR : 21 Tahun 2014

TANGGAL : 6 Agustus 2014

TENTANG : STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA
BOGOR.

A. STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD KOTA BOGOR

I. Standar Pelayanan Klinis

Standar pelayanan klinis RSUD Kota Bogor sampai dengan tahun 2018 adalah sebagai berikut :

No	Unit Kerja	Indikator	Standar (%)				
			2014	2015	2016	2017	2018
1	2	3	4	5	6	7	8
1	IGD	1. Kecepatan pelayanan di gawat darurat < 5 menit 2. Pemberian pelayanan perawatan kegawat-daruratan yang bersertifikat BTLS/PPGD	80 70	85 75	87 80	88,5 85	90 90
2	Rawat Jalan	1. Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis oleh dokter spesialis 2. Waktu tunggu pelayanan Rawat Jalan < 1,5 jam	80 60	85 68	85 70	88 73	90 75
3	Rawat Inap	1. Kejadian infeksi nosokomial 2. Tindak lanjut komplain/ layanan yang tidak sesuai	<2,5 80	<2 85	<2 90	<1,7 95	<1,5 100

1	2	3	4	5	6	7	8
4	Bedah Central	1. Waktu tunggu operasi elektif < 7 hari 2. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	70 90	80 95	85 95	88 98	90 100
5	ICU	1. Lama Perawatan Intensif Untuk kembali ke ruang perawatan biasa ≤ 5 hari 2. Keluarga yang mendapatkan penjelasan perkembangan pasien secara adekuat	65 90	70 95	75 98	78 98	80 100
6	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out & Loss to follow pasien terhadap pelayanan rehabilitasi Medik yang direncanakan 2. Penanganan konsul oleh dokter spesialis RM	<20 60	<15 65	<13 70	<11 75	<10 80
7	Pemulasaran Jenazah	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit < 30 menit	80	85	87	88	90

1	2	3	4	5	6	7	8
8	Lab Patologi Klinik	1. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium untuk pemeriksaan sederhana < 2 jam 2. Akurasi hasil pemeriksaan intra laboratorium	80 85	83 86	85 87	87 88	90 90
9	Lab Patologi Anatomi	1. Waktu tunggu hasil diagnosa PA a. Biasa max 3hr b. Kasus Sulit max 7 hari 2. Jumlah permintaan tinjau ulang dari klinisi dalam satu tahun <5 kasus	70 70 70	75 75 75	77 77 77	79 79 79	80 80 80
10	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan radiologi kurang dari 3 jam 2. Kejadian kegagalan pelayanan Radiologi 3. Pembatalan pemeriksaan radiologi yang dijadwalkan	60 <5 <20	65 <4 <18	70 <3 <15	75 <3 <12	80 <2 <10

1	2	3	4	5	6	7	8
11	Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan: a. Obat jadi < 1 jam b. Obat racikan < 1,5 jam 2. Ketersediaan obat yang terstandarisasi	65 65 60	70 70 70	75 75 75	78 78 80	80 80 85
12	Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien yang sudah terjadwal 2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	85 85	90 87	93 92	97 96	100 100
13	Sanitasi RS	1. Tingkat Komplain atas kualitas hasil cucian 2. Ketepatan delivery 3. Kehilangan linen	<10 80 10	<9 85 8	<8 90 7	<6 95 5	< 5 100 0
14	Rekam Medik	1. Kecepatan penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan & UGD < 15 menit 2. Kecepatan penilaian kelengkapan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap < 10 menit	70 80	75 85	80 87	85 89	90 90

1	2	3	4	5	6	7	8
15	CSSD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan pengelolaan bahan dan alat sterilisasi maksimal 1hari 2. Terpenuhinya kualitas mikrobiologi/c hemical hasil sterilisasi 	80	85	90	95	100
			85	87	91	95	100
16	Kamar Bersalin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kejadian kematian ibu karena persalinan 2. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria 	<2	<2	<1,5	<1,2	<1
			<30	<25	<25	<23	<20
17	Haemodialisa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pencapaian HD adekuat minimal 60% 2. Kecepatan penanganan komplikasi maksimal 5 menit 	90	92	94	96	100
			90	92	94	96	100
18	Anestesi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Follow up pre, durante & post operasi 2. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube 	90	93	95	97	100
			90	93	95	97	100

II. Standar Pelayanan Manajemen

Standar pelayanan manajemen RSUD Kota Bogor sampai dengan tahun 2018 adalah sebagai berikut :

No	Unit Kerja	Indikator	Standar (%)				
			2014	2015	2016	2017	2018
1	2	3	4	5	6	7	8
Wakil Direktur Umum dan Keuangan							
Bagian Umum dan Kepegawaian							
1	Sub Bag Umum dan Rumah Tangga	1. Terselenggaranya proses ketatausahaan secara optimal 2. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan infrastruktur <30 menit	80 80	82 82	84 84	88 88	90 90
2	Sub Bag Kepegawaian	1. Terselenggaranya perencanaan SDM meliputi usulan kebutuhan, pemanfaatan dan pendayagunaan pegawai. 2. Angka tingkat ketidakhadiran pegawai	70 <4	75 <4	80 <3	85 <3	90 <2
3	Sub Bag Hukum dan Humas	1. Sosialisasi Produk hukum RSUD Kota Bogor 2. Index Kepuasan Pelanggan internal dan eksternal	80 85	85 90	90 95	95 97	100 100

1	2	3	4	5	6	7	8
Bagian Keuangan							
4	Sub Bagian Anggaran	1. Tersusunnya RKA dan DPA tepat waktu 2. Penyusunan Dokumen Pelaksanaan Anggaran	80 90	85 90	90 95	100 95	100 100
5	Sub Bag Perbendaharaan	1. Ketepatan waktu pembayaran jasa pelayanan 2. Rasio Likuiditas	70 200	73 200	75 200	77 200	80 200
6	Sub Bag Akuntansi	Ketepatan Penyusunan laporan berkala sebelum tanggal 10	50	60	70	80	90
Bagian Perencanaan dan SIMRS							
7	Sub Bag Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan	1. Penyusunan Rencana Kebutuhan Tahunan Rumah Sakit 2. Pembuatan Strategi Penyusunan Pendapatan Rumah Sakit	85 85	90 90	90 90	95 95	100 100
8	Sub Bag SIMRS	1. Kesesuaian Modul SIMRS dengan Users 2. Ketepatan dan kesediaan informasi data pelayanan	70 70	75 75	80 80	85 85	95 95
9	Sub Bag Pengembangan dan Pengendalian Mutu	1. Survey kebutuhan pengembangan pelayanan RS 2. Terselenggaranya audit internal dan eksternal	70 70	75 75	80 80	85 90	90 100

1	2	3	4	5	6	7	8
Wakil Direktur Pelayanan							
Bidang Medik							
10	Seksi Pelayanan Medik	1. Tindak lanjut komplain pelayanan medik < 24 jam 2. Visite oleh dokter spesialis	80 80	85 85	90 90	95 95	100 97
11	Seksi Pengembangan Medik	Diversifikasi pelayanan medik spesialistik	80	85	90	95	100
Bidang Penunjang Medik							
12	Seksi Sarana dan Pelayanan Penunjang Medik	1. Tindak lanjut komplain pelayanan penunjang medik < 24 jam 2. Tindak lanjut perbaikan alat penunjang medik < 48 jam	75 60	80 65	85 68	90 72	95 75
13	Seksi Kesehatan dan Keselamatan Kerja RS (K3RS)	1. Kejadian Kecelakaan Kerja Karyawan 2. Kejadian pasien Jatuh	<2 0	<1 0	<1 0	<0 0	<0 0
Bidang Keperawatan							
14	Seksi Asuhan Keperawatan	1. Hasil Audit SAK 2. Pelaksanaan Metode Pelayanan Keperawatan Profesional	80 70	85 75	90 80	95 85	95 90
15	Seksi pengembangan Keperawatan	1. Terlaksananya case conference 1 bulan sekali 2. Tindak lanjut survey kepuasan pelanggan	70 70	70 70	80 80	90 90	100 100
16	Komite Medik	1. Audit klinik setiap bulan 2. Kredensial untuk tenaga medis baru 3. Pengisian diagnosa sesuai ICD X & ICD IX CM	60 90 50	65 90 60	70 95 65	75 95 70	80 100 80

1	2	3	4	5	6	7	8
17	Komite Keperawatan	Audit klinik keperawatan setiap bulan	80	85	90	95	100
18	SPI	Tindak lanjut rekomendasi hasil pemeriksaan dalam kurun waktu 3 bulan	70	75	80	85	90
19	Auditor Internal	<i>Corrective Action Request (CAR) Close Out</i>	50	50	75	75	100
20	PKRS	Penyuluhan kesehatan kepada pasien & atau keluarganya secara langsung di ruang rawat inap sebulan sekali	70	75	80	85	90

B. URAIAN SPM

I. STANDAR PELAYANAN KLINIS

1. Instalasi Gawat Darurat / IGD

a. Kecepatan pelayanan di gawat darurat < 5 menit

Dimensi Mutu	Keefektifan, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Adalah waktu yang diperlukan mulai dari pasien datang sampai mendapat penanganan triase oleh petugas IGD baik dokter maupun perawat
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Pasien yang dilayani dengan waktu < 5 menit dalam periode waktu tertentu
Denominator	Jumlah seluruh pasien IGD dalam periode waktu tertentu
Sumber Data	Berkas Rekam Medik yang dibubuhi waktu datang dan waktu pelayanan
Standar	90%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Kepala Zona IGD

b. Pemberian pelayanan perawatan kegawatdaruratan yang bersertifikat BTLS/PPGD

Dimensi Mutu	Kesinambungan Layanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga keperawatan yang kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Pelayanan kepada pasien di gawat darurat oleh SDM perawat yang memiliki kompetensi yang dibuktikan oleh kepemilikan sertifikat BTLS/PPGD

Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah perawat yang memiliki sertifikat BTLS/PPGD
Denominator	Jumlah seluruh perawat IGD
Sumber Data	Biodata Pegawai IGD
Standar	90%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Kepala Zona IGD

2. Instalasi Rawat Jalan

- a. Dokter pemberi pelayanan di poliklinik spesialis oleh dokter spesialis

Dimensi Mutu	Kesinambungan Layanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan poliklinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Pemeriksaan kepada pasien yang datang ke poliklinik spesialis oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pemeriksaan pasien di poliklinik spesialis yang diperiksa oleh dokter spesialis
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan pasien di poliklinik spesialis
Sumber Data	Berkas Rekam Medik / Sensus Harian Poliklinik Spesialis
Standar	90%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

b. Waktu tunggu pelayanan rawat jalan < 1,5 jam

Dimensi Mutu	Keefektifan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai mendapat pelayanan petugas poliklinik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien di Rawat Jalan yang menunggu pemeriksaan < 1,5 jam
Denominator	Jumlah seluruh pasien di rawat jalan
Sumber Data	Berkas Rekam Medik yang dibubuhi jam datang dan jam pemeriksaan
Standar	75%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

3. Instalasi Rawat Inap

a. Kejadian infeksi nosokomial

Dimensi Mutu	Kesinambungan Layanan
Tujuan	Tergambarnya mutu dan profesionalisme pelayanan keperawatan
Definisi Operasional	Kejadian timbulnya infeksi tambahan yang terjadi selama mendapatkan perawatan di rumah sakit yang ditandai dengan gejala-gejala infeksi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi nosokomial baik yang dilaporkan maupun yang tidak dilaporkan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap

Sumber Data	Berkas rekam medik, laporan harian Inok
Standar	< 1,5%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

b. Tindak lanjut komplain / layanan yang tidak sesuai

Dimensi Mutu	Kesinambungan Layanan
Tujuan	Tergambarnya penyelesaian komplain yang terstruktur dan sistematis sehingga mencegah terjadinya permasalahan yang sama
Definisi Operasional	Semua keluhan terhadap pelayanan rawat inap baik pelayanan dokter, perawat maupun administrasi yang dilakukan penyelesaian masalahnya.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah keluhan yang ditindaklanjuti dalam satu periode tertentu
Denominator	Jumlah seluruh keluhan di rawat inap dalam satu periode tertentu
Sumber Data	Laporan komplain, laporan tindaklanjut komplain
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Instalasi Bedah Central

a. Waktu tunggu operasi elektif < 7 hari

Dimensi Mutu	Keefektifan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan

Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien dengan waktu tunggu operasi elektif < 7 hari
Denominator	Jumlah seluruh pasien operasi elektif
Sumber Data	Laporan Jadwal Operasi, Berkas Rekam Medik
Standar	90%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral / Kepala Zona Bedah Central

- b. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi

Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan, efektifitas
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	kejadian dimana terdapat kesenjangan jumlah benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi sebelum dan sesudah operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, Laporan jalannya operasi
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral / Kepala Zona Bedah Central

5. Instalasi ICU

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

Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	Maksimum 5 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi ICU / Kepala Zona Intensif

- b. Keluarga yang mendapatkan penjelasan perkembangan pasien secara adekuat

Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan
Tujuan	Tergambarnya kepuasan keluarga pasien di ruang perawatan intensif karena mendapatkan penjelasan yang adekuat tentang kondisi keluarganya
Definisi Operasional	Keluarga pasien mendapatkan penjelasan baik dari perawat maupun dokter atas perkembangan kondisi penyakit yang diderita keluarganya dengan bukti bahwa pihak keluarga telah mendapatkan penjelasan dengan tandatangan pada buku khusus
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan

Numerator	Jumlah keluarga pasien yang mendapat penjelasan dalam suatu periode waktu tertentu
Denominator	Jumlah seluruh keluarga pasien yang dirawat di ruang perawatan intensif
Sumber Data	Buku penyuluhan pasien ruang perawatan intensif
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi ICU / Kepala Zona Intensif

6. Instalasi Rehabilitasi Medik

- a. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirpogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	Maksimal 50 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rehabilitasi medik

b. Penanganan konsul oleh dokter spesialis RM

Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan layanan
Tujuan	Tergambarnya penatalaksanaan pasien rehabilitasi medik yang ditangani oleh dokter spesialis rehabilitasi medik
Definisi Operasional	Pemeriksaan pasien yang dikirim dari dokter spesialis lain dan dijawab serta dilakukan pemeriksaan oleh dokter spesialis reabilitas medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien konsul yang ditangani oleh dokter spesialis rehabilitasi medik
Denominator	Jumlah seluruh pasien konsul ke rehabilitasi medik
Sumber Data	Berkas rekam medik
Standar	80%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Ka instalasi rehabilitasi medik

7. Instalasi Pemulasaran Jenazah

Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta Jenazah di Rumah Sakit < 30 menit

Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah 24 Jam di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 Jam adalah pelayanan ambulance/kereta jenazah selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka pelayanan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan

Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan bulanan
Standar	90%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala instalasi pemulasaran jenazah

8. Instalasi Laboratorium Klinik

- a. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium untuk pemeriksaan sederhana < 2 jam

Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	90%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

- b. Akurasi hasil pemeriksaan intra laboratorium

Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan
Tujuan	Tergambarnya kualitas hasil pemeriksaan laboratorium
Definisi Operasional	tingkat kebenaran hasil pemeriksaan laboratorium dibandingkan dengan kesalahan pemeriksaan yang sama oleh laboratorium standar

Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pemeriksaan yang sesuai dengan standar
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan
Sumber Data	Register laboratorium
Standar	90%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

9. Instalasi Laboratorium PA

- a. Waktu tunggu hasil diagnosa PA
- 1) Biasa paling lama 3 (tiga) hari
 - 2) Kasus Sulit paling lama 7 (tujuh) hari

Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber Data	Survey
Standar	80%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Patologi Anatomi

- b. Jumlah permintaan tinjau ulang dari klinisi dalam satu tahun <5 kasus

Dimensi Mutu	Keefektifan, efisiensi, kesinambungan layanan
Tujuan	Tergambarnya kualitas hasil pemeriksaan patologi anatomi
Definisi Operasional	Keseluruhan permintaan pemeriksaan ulang yang sama atas sediaan yang sama baik ke laboratorium patologi anatomi rumah sakit ataupun laboratorium patologi anatomi luar
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah laporan pemeriksaan ulang
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium patologi anatomi
Sumber Data	Laporan rutin patologi anatomi
Standar	80%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Patologi Anatomi

10. Instalasi Radiologi

- a. Waktu tunggu hasil pelayanan radiologi kurang dari 3 jam

Dimensi Mutu	Keefektifan, efisiensi, kesinambungan layanan
Tujuan	Tergambarnya waktu yang diperlukan untuk pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu yang diperlukan mulai pasien melakukan registrasi di ruang radiologi sampai diteruskannya hasil radiologi lengkap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien radiologi yang mendapatkan pelayanan < 3 jam
Denominator	Jumlah seluruh pasien radiologi
Sumber Data	Formulir permintaan radiologi yang dibubuhi jam datang dan jam penyerahan hasil
Standar	80%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

b. Kejadian kegagalan pelayanan radiologi

Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber Data	Register radiologi
Standar	< 2 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

c. Pembatalan pemeriksaan radiologi yang dijadwalkan

Dimensi Mutu	Kefektifan, efisiensi dan kesinambungan layanan
Tujuan	Tergambarnya tingkat keefektifan pelayanan radiologi dengan pelaksanaan pelayanan radiologi yang dapat sesuai dengan jadwal yang ditetapkan
Definisi Operasional	Proses penundaan pelaksanaan foto terhadap pasien yang telah direncanakan (dibuatkan janji pemeriksaan) yang diakibatkan oleh pembatalan sepihak yaitu pihak radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pembatalan pemeriksaan radiologi yang telah direncanakan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi yang direncanakan
Sumber Data	Buku register pasien radiologi
Standar	<10%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Ka instalasi radiologi

11. Instalasi Farmasi

a. Waktu tunggu pelayanan:

- 1) Obat jadi < 1 jam
- 2) Obat racikan < 1,5 jam

Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi < 1 jam dan obat racikan < 1.5 jam
Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan farmasi
Sumber Data	Resep yang dibubuhi jam datang dan jam penyerahan
Standar	80%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

b. Ketersediaan obat yang terstandarisasi

Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kelengkapan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Proses keberadaan obat di instalasi farmasi yang telah dilakukan standarisasi oleh rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah obat standar yang tersedia
Denominator	Jumlah seluruh obat farmasi
Sumber Data	Daftar obat farmasi
Standar	85%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

12. Instalasi Gizi

- a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien yang sudah terjadwal

Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi

- b. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Dimensi Mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi

13. Instalasi Sanitasi

a. Tingkat komplain atas kualitas hasil cucian

Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kualitas hasil cucian
Definisi Operasional	Adalah keluhan baik tertulis maupun lisan dari pengguna jasa laundry terhadap kualitas hasil cucian
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah komplain dalam satu periode waktu tertentu
Denominator	Jumlah seluruh pengguna jasa laundry dalam suatu periode waktu tertentu
Sumber Data	Survey, kuisisioner
Standar	< 5%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Sanitasi

b. Ketepatan delivery

Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya proses ketepatan pengiriman hasil cucian
Definisi Operasional	Adalah tingkat kesesuaian antara unit kerja yang mengirimkan cucian dengan hasil cucian yang diterima
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kesesuaian unit kerja yang menerima hasil cucian dengan pengirimannya
Denominator	Jumlah seluruh unit kerja yang melakukan pencucian di laundry
Sumber Data	Buku Ekspedisi Cucian
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Sanitasi

c. Kehilangan linen

Dimensi Mutu	Efisiensi, keamanan
Tujuan	Tergambarnya tingkat pemeliharaan linen yang efektif dan efisien
Definisi Operasional	Adalah tidak sesuaiya jumlah linen antara yang terdapat dalam data inventaris dengan jumlah realitas linen
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah realitas linen
Denominator	Jumlah linen yang terdapat dalam data inventaris
Sumber Data	Buku Investaris
Standar	0%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Sanitasi

14. Instalasi Rekam Medik

a. Kecepatan penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan dan IGD < 15 menit

Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan dan IGD
Definisi Operasional	Akumulasi waktu yang diperlukan mulai dari pasien melakukan pendaftaran rawat jalan dan igd sampai dikirimkannya berkas rekam medik ke rawat jalan dan IGD
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah berkas rekam medik yang dikirim < 15 menit
Denominator	Jumlah seluruh berkas rekam medik yang diminta untuk rawat jalan dan IGD
Sumber Data	Hasil survey pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan& IGD
Standar	90%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rekam Medik / Kepala Sub Bagian SIMRS

- b. Kecepatan penilaian kelengkapan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap < 10 menit

Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan/keamanan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter, perawat & petugas administrasi dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter, perawat & petugas administrasi dalam waktu ≤ 48 jam setelah selesai pelayanan.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medik yang dapat dinilai lengkap dalam waktu < 10 menit
Denominator	Jumlah seluruh dokumen rekam medik yang disurvey
Sumber Data	Assembling / Hasil Survey
Standar	90 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rekam Medik / Kepala Sub Bagian SIMRS

15. CSSD

- a. Kecepatan pengelolaan bahan dan alat sterilisasi

Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas, keamanan, kesinambungan layanan
Tujuan	Tercapainya kecepatan & ketepatan pengelolaan bahan & alat sterilisasi
Definisi Operasional	Waktu yang dibutuhkan untuk proses sterilisasi sampai dengan distribusi kurang dari 1 hari
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah bahan & alat yang diproses dengan distribusi kurang dari 1 hari
Denominator	Jumlah seluruh bahan & alat yang diproses

Sumber Data	Frekuensi penerimaan & pengiriman
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi CSSD

b. Terpenuhinya kualitas mikrobiologi/chemical hasil sterilisasi

Dimensi Mutu	Efisiensi, efektivitas, keamanan, kesinambungan layanan & kompetensi teknis
Tujuan	Terjaminnya kualitas sterilisasi
Definisi Operasional	Bahan & alat yang dihasilkan selalu siap pakai dengan sterilisasi terjamin
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah bahan & alat yang diproses sampai dengan adanya indikator steril
Denominator	Jumlah seluruh bahan & alat yang diproses
Sumber Data	Frekuensi penerimaan & pengiriman
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi CSSD

16. Kamar Bersalin

a. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan layanan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus
Definisi Operasional	Kematian ibu mencakup perdarahan, pre eklampsia, sepsis. Perdarahan adalah perdarahan 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 dari dua dari tiga tanda, yaitu :

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg 2. Protein uria 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif 3. Oedema tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong</p>
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan layanan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia atau sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber Data	Berkas Rekam Medik
Standar	Perdarahan <1 %, pre-eklampsia <30 %, Sepsis ≤ 0,2 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala SMF Obgyn

b. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan induksi dan efisien
Definisi Operasional	Seksio caesarea adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik efektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan

Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio caesarea dalam 2 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	20 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala SMF Obgyn

17. Haemodialisa

a. Pencapaian HD adekuat minimal 60%

Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan layanan
Tujuan	Tergambarnya kualitas pelayanan haemodialisa
Definisi Operasional	Adalah penurunan kadar ureum dan creatinin dari sebelum dan sesudah pelaksanaan Haemodialisa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien HD Adekuat 60%
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dilakukan Haemodialisa
Sumber Data	Berkas rekam Medik
Standar	90%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Case Manager Haemodialisa

b. Kecepatan penanganan komplikasi maksimal 5 menit

Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan
Tujuan	Tergambarnya waktu yang diperlukan untuk penatalaksanaan komplikasi
Definisi Operasional	Adalah waktu yang diperlukan untuk penatalaksanaan komplikasi akibat haemodialisa sejak timbulnya komplikasi sampai dengan penanganan pertama
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan

Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi yang ditangani kurang dari 5 menit
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mengalami komplikasi
Sumber Data	Berkas Rekam Medik
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Case Manager Haemodialisa

18. Anestesi

a. Follow up pre, durante & post operasi

Dimensi Mutu	Kesinambungan Layanan
Tujuan	Tergambarnya kualitas pelayanan anestesi
Definisi Operasional	Adalah kunjungan petugas anestesi baik dokter maupun perawat anestesi terhadap pasien-pasien yang dilakukan operasi baik sebelum, selama maupun setelah pelaksanaan operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang dilakukan follow up anestesi baik pre, durante maupun post operasi
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dilakukan operasi
Sumber Data	Berkas rekam medik
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Anestesi

- b. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube

Dimensi Mutu	Keselamatan, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anesetsi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Anestesi

II. STANDAR PELAYANAN MANAJEMEN

1. Wakil Direktur Umum dan Keuangan

- a. Bagian Umum dan Kepegawaian

- 1) Sub Bag Umum dan rumah Tangga

- a) Terselenggaranya proses ketatausahaan secara optimal

Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Memenuhi proses penatalaksanaan tata usaha rumah sakit
Definisi Operasional	Tercapainya proses ketatausahaan sesuai dengan kebutuhan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	6 bulan

Numerator	Seluruh surat-surat yang dapat terselesaikan
Denominator	Jumlah seluruh surat yang diproses
Sumber Data	Data surat yang diproses
Standar	90%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian administrasi & Kepegawaian

b) Kecepatan waktu menanggapi kerusakan infrastruktur <30menit

Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis
Tujuan	Setiap kerusakan infrastruktur yang terjadi dapat teridentifikasi dengan cepat sehingga dapat segera diperbaiki untuk menghindari gangguan terhadap pelayanan kepada pasien
Definisi Operasional	Laporan kerusakan infrastruktur yang terjadi segera ditanggapi kemudian ditindaklanjuti
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	Jumlah laporan kerusakan yang dapat segera ditanggapi
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan
Sumber Data	Buku laporan pengaduan & perbaikan
Standar	95%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Pemeliharaan Sarana

2) Sub Bag Kepegawaian

a) Assesment kebutuhan tenaga di setiap unit

Dimensi Mutu	Kompetensi SDM
Tujuan	Diketuinya kebutuhan tenaga di RS
Definisi Operasional	Assesment Subbag kepegawaian terhadap kebutuhan kinerja setiap unit berbasis beban kerja
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	Jumlah unit kerja yang telah di <i>assesment</i>
Denominator	Jumlah keseluruhan unit kerja
Sumber Data	Instrumen assesment kebutuhan tenaga
Standar	90%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Kepegawaian

b) Angka tingkat ketidakhadiran pegawai

Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan
Tujuan	Diketuinya angka ketidakhadiran pegawai sebagai bagian indikator produktifitas kinerja
Definisi Operasional	Rasio jumlah karyawan yang tidak masuk kerja dengan alasan apapun
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	Jumlah karyawan yang tidak masuk kerja
Denominator	Jumlah keseluruhan karyawan
Sumber Data	Laporan absensi
Standar	<2%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bag Kepegawaian

3) Sub Bag Hukum dan Humas

a) Sosialisasi Produk hukum RSUD Kota Bogor

Dimensi Mutu	Hubungan antar manusia dan kesinambungan layanan
Tujuan	Diketuainya seluruh produk hukum RS oleh karyawan RS
Definisi Operasional	Kegiatan sosialisasi dari setiap produk hukum yang dibuat oleh rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	Jumlah Produk hukum yang dibuat
Denominator	Jumlah seluruh produk hukum
Sumber Data	Register produk hukum
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Hukum & Humas

b) Index Kepuasan Pelanggan internal dan eksternal

Dimensi Mutu	Hubungan antar Manusia dan Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Diketuainya index kepuasan pelanggan RS
Definisi Operasional	Penilaian index kepuasan pelanggan dengan menggunakan instrumen kepuasan pelayanan publik dari Menpan RI
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	Jumlah konsumen yang puas
Denominator	Jumlah seluruh konsumen yang di survey
Sumber Data	Laporan hasil survey
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Hukum & Humas

- b. Bagian Keuangan
 1) Sub Bagian Anggaran

a) Tersusunnya RKA dan DPA tepat waktu

Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan, efektifitas, kompetensi SDM
Tujuan	Tersusunnya RKA dan DPA sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Waktu yang diselesaikan untuk membuat RKA dan DPA sesuai dengan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 tahun sekali
Periode Analisa	1 tahun sekali
Numerator	Waktu yang digunakan untuk penyelesaian dokumen RKA dan DPA
Denominator	Waktu yang ditetapkan
Sumber Data	Target waktu
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Anggaran

b) Penyusunan Dokumen Pelaksanaan Anggaran

Dimensi Mutu	Efisiensi dan Kompetensi Tekhnis
Tujuan	Memotivasi Revenue Center untuk optimalisasi pelayanan dan dapat memenuhi kebutuhan unit.
Definisi Operasional	Proses penyusunan dokumen rencana pendapatan revenue center dan kebutuhan unit rumah sakit dalam Rencana Kerja Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (RKA - OPD) yang sudah mendapat pengesahan dari Tim Anggaran dan tertuang dalam Daftar Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA - OPD).
Frekuensi Pengumpulan Data	1(satu) tahun
Periode Analisa	Setiap tahun

Numerator	Jumlah Dokumen Pelaksanaan Anggaran yang sudah selesai < 3 bulan
Denominator	Jumlah Dokumen Pelaksanaan Anggaran
Sumber Data	Rekap Pra RKA & RKA
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Anggaran

2) Sub Bagian Perbendaharaan

a) Ketepatan waktu pembayaran jasa pelayanan

Dimensi Mutu	Efektivitas, efisien, kenyamanan
Tujuan	Memberikan kepuasan kepada pelanggan internal dengan melakukan pembayaran jasa pelayanan tepat pada waktunya
Definisi Operasional	Pembayaran jasa pelayanan pada tanggal yang telah ditentukan yaitu setiap tanggal 17
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	Jumlah pembayaran yang dilakukan tepat waktu
Denominator	Jumlah seluruh pembayaran jasa pelayanan
Sumber Data	Data penerimaan jasa pelayanan di rekening bank jabar
Standar	80%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Perbendaharaan

b) Rasio Likuiditas

Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Menggambarkan seberapa besar kemampuan keuangan RS
Definisi Operasional	Likuiditas adalah proporsi antara uang kas yang tersedia dengan pemenuhan kewajiban lancar

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan sekali
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	Jumlah ketersediaan uang yang ada di dalam kas
Denominator	Jumlah kewajiban lancar yang harus di selesaikan/bayar
Sumber Data	Neraca & Laporan Rugi Laba
Standar	200%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Perbendaharaan

3) Sub Bagian Akuntansi

Ketepatan penyusunan laporan berkala sebelum tanggal 10

Dimensi Mutu	Hubungan Antar Manusia dan Kesindebungan Layanan, Kompetensi SDM
Tujuan	Memberikan informasi manajemen pelaksanaan kegiatan rumah sakit
Definisi Operasional	Adalah proses penyusunan realisasi kegiatan rumah sakit yang bersumber dari pendapatan non APBD, APBD II, APBD I dan APBN yang tertuang dalam Laporan Berkala.
Frekuensi Pengumpulan Data	< 10 (sepuluh) hari
Periode Analisa	Setiap bulan
Numerator	Jumlah Laporan yang tepat waktu
Denominator	Jumlah seluruh Laporan selama 1 tahun
Sumber Data	Form Realisasi Kegiatan Pembangunan : Fungsional dan APBD Kota Bogor, APBD Provnsi Jawa Barat dan APBN
Standar	90%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Akutansi

b. Bagian Perencanaan dan SIMRS

1) Sub Bagian Perencanaan

a) Penyusunan Rencana Kebutuhan Tahunan Rumah Sakit

Dimensi Mutu	Efisiensi dan Kompetensi Tekhnis
Tujuan	Tersusunnya Buku Rencana Kebutuhan Tahunan Rumah Sakit
Definisi Operasional	Adalah proses penyusunan rencana kebutuhan tahunan unit yang kemudian diformulasikan menjadi kebutuhan tahunan RSUD Kota Bogor melalui koordinasi lintas bidang, melaksanakan evaluasi kinerja, efesien, efektivitas dan produktivitas perencanaan dengan membuat strategi penyusunan pendapatan dan belanja atas dasar kebijakan Direktur melalui koordinasi terlebih dahulu dengan Bagian Keuangan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1(satu) tahun
Periode Analisa	Setiap tahun
Numerator	Jumlah Rencana Kebutuhan Tahunan
Denominator	Jumlah Unit Kerja
Sumber Data	Form Rencana Kebutuhan Tahunan Unit, Realisasi Perencanaan, Estimasi Pendapatan, Apropriasi Belanja.
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Perencanaan, evaluasi dan pelaporan

b) Pembuatan Strategi Penyusunan Pendapatan Rumah Sakit

Dimensi Mutu	Hubungan Antar Manusia dan Kestinambungan Layanan, Kompetensi SDM
Tujuan	Tercapainya pendapatan rumah sakit sesuai target.
Definisi Operasional	Adalah proses penggalian potensi dan optimalisasi perencanaan pendapatan

	tahunan rumah sakit yang didasarkan pada prognosa tahun berjalan dan estimasi pendapatan dalam 5(lima) tahun terakhir
Frekuensi Pengumpulan Data	< 10 (sepuluh) hari
Periode Analisa	Setiap tahun
Numerator	Jumlah Perencanaan Pendapatan Revenue Center
Denominator	Jumlah Perencanaan Pendapatan Rumah Sakit
Sumber Data	Jumlah Pendapatan Rumah Sakit Tahun Lalu
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Perencanaan, evaluasi dan pelaporan

2) Sub Bag SIM RS

a) Kesesuaian Modul SIMRS dengan user

Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis
Tujuan	Adanya kesesuaian antara modul aplikasi dan keluarannya dengan yang dibutuhkan oleh user
Definisi Operasional	Tingkat kesesuaian antara modul aplikasi dan keluarannya dengan yang dibutuhkan oleh user
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah modul aplikasi dan keluarannya yang sudah sesuai
Denominator	Jumlah seluruh modul aplikasi
Sumber Data	Laporan pengembangan aplikasi & data dilapangan
Standar	90 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian SIMRS

b) Ketepatan dan kesediaan informasi data pelayanan

Dimensi Mutu	Akses terhadap layanan
Tujuan	Memberikan ketepatan & ketersediaan tingkat akurasi data dan informasi bagi yang memerlukan
Definisi Operasional	Tingkat kesesuaian antara data & informasi yang diberikan dan tepat dengan data & informasi yang tersedia
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah data & informasi yang diberikan dengan tepat
Denominator	Jumlah seluruh data & informasi yang tersedia
Sumber Data	Profil tahunan RS, RL1-RL6
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian SIMRS

3) Sub Bag Pengembangan dan pengendalian Mutu
a. Survey kebutuhan pengembangan pelayanan RS

Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan, efisiensi, efektifitas
Tujuan	Diketuainya kebutuhan masyarakat akan pengembangan pelayanan RS
Definisi Operasional	Kegiatan survey persepsi untuk mengetahui kebutuhan pengembangan pelayanan dilakukan setiap 6 bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah survey yang dilakukan
Denominator	Jumlah survey dalam setahun
Sumber Data	Laporan kegiatan survey
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Pengembangan dan pengendalian Mutu

b. Terselenggaranya audit internal mutu RS

Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan, efisiensi, efektifitas
Tujuan	Diketuinya pemenuhan terhadap standar mutu yang ditetapkan
Definisi Operasional	Pelaksanaan monitoring dan evaluasi terhadap SOP dilakukan setiap 6 bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah pelaksanaan audit eksternal
Denominator	Jumlah keharusan audit internal dalam setahun (2X)
Sumber Data	Laporan audit
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub pengembangan dan Penedalialan Mutu

2. Wakil Direktur Pelayanan

a. Bidang Medik

1) Seksi Pelayanan Medik

a) Tindak lanjut complain pelayanan medik < 24 jam

Dimensi Mutu	Hubungan antar manusia, kontinuitas, keamanan, kenyamanan, kompetensi tehknis
Tujuan	Menghindari resiko medik lebih lanjut
Definisi Operasional	Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga medik (dr, drg, dr Spesialis)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dilayani oleh tenaga medik yang komplein dengan menjapatkan tindak lanjut kurang dari 24 jam
Denominator	Jumlah seluruh pasien dilayani oleh tenaga medik yang complain
Sumber Data	Humas RS, Komite medic
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bidang Pelayanan Medik

b) Visite dokter spesialis

Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis tiap hari sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	Survey
Standar	97 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bidang Pelayanan Medik

2) Seksi Pengembangan Medik

a) Diversifikasi pelayanan medik

Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Meningkatnya variasi pelayanan medik
Definisi Operasional	Variasi pelayanan medik yang didapatkan melalui asesment kebutuhan yang dilakukan setiap tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pelayanan medik baru/ terbaru
Denominator	Jumlah target diversifikasi setahun (satu produk)
Sumber Data	Dokumentasi
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bidang Pengembangan Medik

b) *Health Literacy* dengan *Jurnal Reading*

Dimensi Mutu	kesinambungan pelayanan
Tujuan	Meningkatnya kompetensi tenaga medis melalui membahas jurnal terupdate
Definisi Operasional	Kegiatan jurnal reading yang dilakukan oleh setiap SMF setiap bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 bulan
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah kegiatan jurnal reading yang dilakukan
Denominator	Jumlah seluruh jurnal reading yang harus dilakukan
Sumber Data	Laporan jurnal reading
Standar	100 %
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bidang Pengembangan Medik

b. Bidang Penunjang Medik

1) Seksi sarana dan Pelayanan Penunjang Medik

a) Tindak lanjut complain pelayanan penunjang medik < 24 jam

Dimensi Mutu	Acces to servive, kompetensi tehknis, efektifitas, efisiensi
Tujuan	Pelayanan penunjang medik tepat , cepat, kurat dan efisien
Definisi Operasional	Pelayanan yang dilakukan oleh IKP,IPA,CSSD,Gizi, Sanitasi RS, CD, Farmasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dilayani oleh penunjang medik yang komplein
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapatkan pelayanan penunjang medic
Sumber Data	Humas RS, Komite medic, Bidang Pelayanan, komite keperawatan
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bidang Penunjang Medik

b) Tindak lanjut perbaikan alat penunjang medik < 48

Dimensi Mutu	Akses terhadap pelayanan , efisiensi, efektifitas
Tujuan	Tidak terjadi keterlambatan pelayanan penjang medik yang diakibatkan kerlambatan perbaikan alat
Definisi Operasional	Pelayanan Penunjang medik yang menggunakan alat canggih ataupun sederhana yang membutuhkan perbaikan alat dengan mendapatkan tindak lanjut < 48 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat penunjang medik yang mengalami ketrusakan dan ditangani < 48 jam
Denominator	Jumlah alat penunjang medik yang rusak sehingga membutuhkan perbaikan
Sumber Data	Bidan perencanaan & SIMRS, Bidang Pelayanan
Standar	75%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bidang Penunjang Medik

2) Seksi kesehatan dan Keselamatan Kerja RS

a) Kejadian Kecelakaan Kerja Karyawan

Dimensi Mutu	Safety, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Diketuainya jumlah kecelakaan kerja di RS sebagai indikator K3RS
Definisi Operasional	Kecelakaan yang didapatkan pada saat bekerja misalnya tertusuk jarum, jatuh dll
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah petugas yang mengaklami kecelakaan kerja
Denominator	Jumlah seluruh karyawan RS
Sumber Data	Laporan K3RS
Standar	0%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Seksi Kesehatan dan keselamatan Kerja RS

b) Kejadian pasien jatuh

Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan, Safety
Tujuan	Mencegah kejadian pasien jatuh di RS
Definisi Operasional	Jumlah pasien jatuh di RS akibat kelainan petugas RS
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien jatuh
Denominator	Jumlah seluruh pasien
Sumber Data	Laporan K3RS
Standar	0%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Seksi K3RS

c. Bidang Keperawatan

1) Seksi asuhan Keperawatan

a) Hasil Audit Standar Asuhan Keperawatan (SAK)

Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Diketuainya persentase penerapan standar asuhan keperawatan (SAK)
Definisi Operasional	Audit yang dilakukan terhadap setiap unit perawatan yang menerapkan standar SAK
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Persentase pelaksanaan standar SAK
Denominator	Nilai composit penerapan standar SAK
Sumber Data	Laporan audit SAK
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Seksi Asuhan Keperawatan

b) Pelaksanaan Metode Pelayanan Keperawatan Profesional (MPKP)

Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Diketuainya persentase jumlah ruangan yang menerapkan MPKP
Definisi Operasional	Assessment Pelaksanaan metode pelayanan keperawatan profesional di ruang perawatan
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah ruangan yang melaksanakan MPKP
Denominator	Jumlah seluruh ruangan yang melaksanakan MPKP
Sumber Data	Laporan MPKP
Standar	90%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Seksi Asuhan Keperawatan

2) Seksi Pengembangan Keperawatan

a). Terlaksananya case conference 1 bulan sekali

Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Meningkatkan kompetensi keperawatan melalui kegiatan case conference
Definisi Operasional	Kegiatan membahas kasus yang dilakukan oleh setiap ruangan setiap bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bln sekali
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah case conferen yang dilaksanakan
Denominator	Jumlah seharusnya seluruh case conference
Sumber Data	Laporan case conference ruangan
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Seksi Pengembangan keperawatan

b). Ketepatan waktu pemberian obat pada pasien rawat inap

Dimensi Mutu	Efektifitas , efisiensi, Safety
Tujuan	Mengetahui ketepatan waktu pemberian obat kepada pasien di rawat inap
Definisi Operasional	Tindakan pemberian obat oleh tenaga keperawatan atas advis dokter sesuai dengan jadwal
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah Tindakan keperawatan pemberian obat kepada pasien sesuai jadwal pada periode tertentu
Denominator	Jumlah seluruh Tindakan keperawatan pemberian obat kepada pasien pada periode yang sama
Sumber Data	Subid Penelitian
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Seksi Pengembangan Keperawatan

d. Komite Medik

1) Audit klinik setiap bulan

Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kompetensi teknis
Tujuan	Melakukan evaluasi terhadap kasus-kasus yang dapat dijadikan pelajaran terutama yang untuk kasus yang bermasalah
Definisi Operasional	Pembahasan kasus khusus yang terjadi dari masing-masing SMF yang dapat dijadikan pembelajaran oleh tenaga dokter yang ada
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	Jumlah kasus khusus yang di audit
Denominator	Jumlah seluruh kasus yang khusus
Sumber Data	Notulen rapat audit klinik / laporan kasus khusus
Standar	80 %

Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite Medik
--------------------------------	--------------------

2) Kredensial untuk tenaga medis baru

Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Setiap dokter baru dapat terseleksi dengan baik sesuai dengan kebutuhan yang ada dengan kompetensi yang sudah ditentukan
Definisi Operasional	Seleksi tenaga medis baru sebelum ditempatkan & melaksanakan tugas di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga medis baru yang dikredensial
Denominator	Jumlah seluruh tenaga medis baru
Sumber Data	Berita acara kredensial
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite Medik

3) Pengisian diagnosa sesuai ICD X & ICD IX CM

Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Adanya standar penulisan diagnosa yang sama oleh setiap dokter
Definisi Operasional	Pengisian diagnosa oleh dokter pada setiap berkas rekam medik sesuai dengan ICD X & ICD IX CM
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	Jumlah diagnosa yang sesuai ICD X & ICD IX CM
Denominator	Jumlah seluruh diagnosa
Sumber Data	Berkas rekam medik / sensus harian
Standar	80%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Komite Medik

e. Komite Keperawatan

Audit klinik keperawatan

Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya mutu dan profesionalisme pelayanan keperawatan
Definisi Operasional	Suatu kegiatan berkesinambungan penilaian keperawatan dengan melihat pada pendokumentasian keperawatan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	Audit klinik keperawatan yang dilakukan
Denominator	Audit klinik yang harus dilakukan setiap 6 bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Panitia Mutu Komite Keperawatan

f. Satuan Pengawas Intern (SPI)

Tindak lanjut rekomendasi hasil pemeriksaan dalam kurun waktu 3 bulan

Dimensi Mutu	Efektivitas, efisien dan kompetensi teknis
Tujuan	Meningkatkan efisiensi & efektivitas sumber daya dan kinerja rumah sakit
Definisi Operasional	Pelaksanaan seluruh rekomendasi oleh satuan unit kerja terkait dalam waktu tiga bulan dari hasil pemeriksaan yang dilakukan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan sekali
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah rekomendasi yang dapat dilaksanakan sesuai dengan yang diharapkan dan tepat waktu
Denominator	Jumlah seluruh rekomendasi
Sumber Data	Laporan Hasil Pemeriksaan dan Evaluasi

Standar	70%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Satuan Pengawas Intern

- g. Auditor Internal
Corrective Action Request (CAR) Close Out

Dimensi Mutu	Efisien dan efektif
Tujuan	Meningkatkan mutu rumah sakit
Definisi Operasional	CAR Close Out adalah pelaksanaan permohonan tindakan koreksi oleh auditee yang dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu (1 bulan untuk mayor & 2 bulan untuk minor
Frekuensi Pengumpulan Data	Enam bulan sekali
Periode Analisa	Enam bulan sekali
Numerator	Jumlah CAR yang dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu
Denominator	Jumlah seluruh CAR
Sumber Data	Laporan hasil monitoring setiap auditee
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Ketua Auditor Internal

- h. PKRS

Penyuluhan kesehatan kepada pasien & atau keluarganya secara langsung di ruang rawat inap sebulan sekali

Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan, efektivitas
Tujuan	Pasien & atau keluarganya memiliki pengetahuan, kemauan & kemampuan untuk mempertahankan & atau meningkatkan status kesehatan secara mandiri
Definisi Operasional	Memberikan pendidikan kesehatan secara langsung dengan cara konseling/penyuluhan & atau demonstrasi setiap ruangan sebulan sekali

Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	Jumlah penyuluhan yang dilakukan setiap ruangan dalam setahun
Denominator	Jumlah target penyuluhan yang direncanakan
Sumber Data	Laporan penyuluhan
Standar	90%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Koordinator PKRS

WALIKOTA BOGOR,
ttd.
BIMA ARYA



BAGIAN HUKUM DAN HAM SEKRETARIAT DAERAH KOTA BOGOR
Kantor Walikota Bogor Lantai 3
Jalan Ir. H. Juanda Nomor 10 Kota Bogor 16121
Telp. (0251) 8380254/8321075 ext. 242
Faks. (0251) 8326530
Website: siskum.kotabogor.go.id