



SALINAN

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 | <ol style="list-style-type: none"> 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 | <ol style="list-style-type: none"> 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 | <ol style="list-style-type: none"> 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 | 83 | 85 | 87 | 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 | 75 | 77 | 79 | 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 | 65 | 70 | 75 | 80 |
| | | | <5 | <4 | <3 | <3 | <2 |
| | | | <20 | <18 | <15 | <12 | <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"> Kecepatan pengelolaan bahan dan alat sterilisasi maksimal 1hari 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"> Kejadian kematian ibu karena persalinan 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"> Pencapaian HD adekuat minimal 60% Kecepatan penanganan komplikasi maksimal 5 menit | 90 | 92 | 94 | 96 | 100 |
| | | | 90 | 92 | 94 | 96 | 100 |
| 18 | Anestesi | <ol style="list-style-type: none"> Follow up pre, durante & post operasi 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 diserahkan 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 anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan dan sentinel event |
| Periode Analisa | 1 bulan dan sentinel event |
| Numerator | Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam 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 | Diketahuinya 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 | Diketahuinya 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 Kesindekambungan 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/ terbarukan |
| 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