



BERITA DAERAH KOTA BOGOR

Nomor 129 Tahun 2018

Seri E Nomor 72

**PERATURAN WALI KOTA BOGOR
NOMOR 129 TAHUN 2018**

TENTANG

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

Diundangkan dalam Berita Daerah Kota Bogor

Nomor 72 Tahun 2018

Seri E

Tanggal 31 Desember 2018

SEKRETARIS DAERAH KOTA BOGOR,

Ttd.

**ADE SARIP HIDAYAT
Pembina Utama Madya
NIP. 19600910 198003 1 003**

Wali Kota Bogor
Provinsi Jawa Barat

**PERATURAN WALI KOTA BOGOR
NOMOR 129 TAHUN 2018**

TENTANG

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

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA BOGOR,

- Menimbang** : a. bahwa dengan berakhirnya Peraturan Wali Kota Bogor Nomor 21 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor dan dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat, khususnya pelayanan kesehatan pada Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Bogor, perlu mengatur kembali Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebagai 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 sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan sesuai ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Wali Kota berwenang menetapkan Standar Pelayanan Minimal pada BLUD RSUD;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor;

Mengingat

- : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
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) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/2/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
8. 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);

9. 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);
10. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Bogor (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2016 Nomor 1 Seri D);
11. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 8 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Urusan Pemerintahan Daerah (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2017 Nomor 5 Seri E);
12. Peraturan Wali Kota Bogor Nomor 21 Tahun 2014 Tentang Standar Layanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor (Berita Daerah Kota Bogor Tahun 2014 Nomor 18 Seri E);

MEMUTUSKAN:

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

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah Kota adalah Daerah Kota Bogor.
2. Pemerintah Daerah Kota adalah Wali Kota sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.

3. Wali Kota adalah Wali Kota 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 standar dan 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 Organization (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 indicator 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 Wali Kota 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 Wali Kota 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 PENCAPAIAN DAN URAIAN SPM

Bagian Kesatu
Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD Kota Bogor mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif) 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 Sentral;
 - e. pelayanan Persalinan Dan Perinatologi;
 - f. pelayanan Intensif;
 - g. pelayanan Laboratorium;
 - h. pelayanan Radiologi;
 - i. pelayanan Farmasi;
 - j. pelayanan Rekam Medik;
 - k. pelayanan Gizi;

- l. pelayanan *Medical Check Up (MCU)*;
- m. pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN);
- n. pelayanan Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS); dan
- o. 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 Wali Kota 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 Wali Kota Bogor ini.
- (2) Direktur atau Pimpinan RSUD Kota Bogor bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Wali Kota 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 Wali Kota 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 SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

Bagian Kedua Pengawasan dan Biaya Operasional

Pasal 8

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

Pasal 9

- (1) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) bersama-sama jajaran manajemen RSUD Kota Bogor menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengawasan operasional 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 PERALIHAN

Pasal 12

Pada saat Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku, maka Peraturan Wali Kota Bogor Nomor 21 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor (Lembaran Daerah Kota Bogor Nomor 18 Tahun 2014 Seri E, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 13

Peraturan Wali Kota ini berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Bogor
pada tanggal 31 Desember 2018

WALI KOTA BOGOR,
Ttd.
BIMA ARYA

Diundangkan di Bogor
pada tanggal 31 Desember 2018

SEKRETARIS DAERAH KOTA BOGOR,
Ttd.
ADE SARIP HIDAYAT
BERITA DAERAH KOTA BOGOR
TAHUN 2018 NOMOR 72 SERI E

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM
DAN HAK ASASI MANUSIA,

Ttd.

N. HASBHY MUNNAWAR, S.H, M.Si.
NIP. 197209181999011001

LAMPIRAN PERATURAN WALIKOTA BOGOR

Nomor : 129 Tahun 2018
Tanggal : 31 Desember 2018
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 2024 adalah sebagai berikut:

No	Unit Kerja	Indikator	Standar (%)					
			2019	2020	2021	2022	2023	2024
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	IGD	a. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat < 5 Menit	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %
		b. Pemberi pelayanan medis kegawatdaruratan yang bersertifikat ACLS/ATLS	95 %	95 %	95 %	96 %	96 %	96 %
2.	Rawat Jalan	a. Waktu tunggu Rawat Jalan (WTRJ) < 60 Menit	80 %	82 %	84 %	86 %	88 %	88 %
		b. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan	86 %	87 %	88 %	89 %	90 %	90 %
		c. Persentase pasien TB berisiko TB-HIV yang dikonseling (PTBP)	85 %	85 %	87 %	87 %	90 %	90 %

1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.	Rawat Inap	a. <i>Net Death Rate (NDR) 2 x 24 Jam</i>	≤24 %	≤24 %	≤24 %	≤24 %	≤24 %	≤24 %
		b. <i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	80 %	82 %	84 %	86 %	88 %	88 %
		c. <i>Kepuasan Pelangan Rawat Inap</i>	86 %	87 %	88 %	89 %	90 %	90 %
		d. <i>Persentase pasien TB berisiko TB-HIV yang dikonseling (PTBP)</i>	85 %	85 %	87 %	87 %	90 %	90 %
4.	Bedah Sentra 1	Waktu tunggu operasi elektif ≤ 7 hari	90 %	92 %	94 %	96 %	98 %	98 %
5.	Persalinan dan Perinatologi	a. <i>Kejadian Kematian Ibu Persalinan Karena Pendarahan</i>	≤1 %	≤1 %	≤1 %	≤1 %	≤1 %	≤1 %
		b. <i>Kejadian Kematian ibu persalinan karena pre-eklamsi/eklamsi</i>	≤30%	≤30%	≤30%	≤30%	≤30%	≤30%
		c. <i>Kejadian Kematian Ibu persalinan Karena Sepsis</i>	≤0,2 %	≤0,2%	≤0,2%	≤0,2 %	≤0,2 %	≤0,2 %
		d. <i>Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi (Dokter Anak Pendamping SC)</i>	100 %	100%	100%	100 %	100 %	100 %
		e. <i>Presentase kemampuan menangani BBSR < 1500 - 2500 gr</i>	100 %	100%	100%	100 %	100 %	100 %

1	2	3	4	5	6	7	8	9
6.	Pelayanan Intensif	a. <i>Follow Up</i> Pasien Pre-Operasi dokter Anastesi	100 %	100%	100%	100 %	100 %	100 %
		b. Lama Perawatan Intensif untuk kembali ke ruangan perawatan biasa ≤ 5 hari	50%	50%	50%	50%	50%	50%
7.	Laboratorium							
1)Lab Patologi Klinik	a. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium PK untuk pemeriksaan Kimia Klinik dan darah rutin < 140 menit	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
	b. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan Laboratorium	100 %	100%	100%	100 %	100 %	100 %	
2)Lab Patologi Anatomi	a. Waktu tunggu hasil diagnosa PA <ul style="list-style-type: none"> • Biasa max 7 hari • Kasus sulit max 14 hari 	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	b. Jumlah permintaan tinjau ulang dari klinisi dalam satu tahun < 5 kasus	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%

1	2	3	4	5	6	7	8	9
8.	Radio- logi	a. Waktu tunggu hasil pelayanan Thorax kurang dari 3 jam	80%	80%	80%	80%	80%	80%
		b. Kejadian kegagalan pelayanan Radiologi	<2%	<2%	<2%	<2%	<2%	<2%
		c. Pembatalan pemeriksaan radiologi yang dijadwalkan	<10 %	<10%	<10%	<10 %	<10 %	<10 %
9.	Farma- si	a. Waktu tunggu pelayanan: 1) Obat jadi < 45 menit 2) Obat racikan < 1 jam	80%	80%	80%	80%	80%	80%
		b. Ketersediaan obat yang terstandarisasi	85%	85%	85%	85%	85%	85%
10.	Gizi	a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien yang sudah terjadwal	100 %	100%	100%	100 %	100 %	100 %
		b. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	100 %	100%	100%	100 %	100 %	100 %

1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.	Rekam Medik	a. <i>Respon time</i> Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 2 x 24 Jam (PRM)	80%	83%	85%	87%	90%	90%
		b. Kelengkapan <i>Inform Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	100 %	100%	100%	100 %	100 %	100 %
12.	<i>Medical Check Up (MCU)</i>	Waktu Tunggu Penyelesaian pemeriksaan Test Kesehatan 1x 24 Jam	80%	85%	87%	87%	90%	90%
13.	Instalasi JKN	Ketepatan Waktu Klaim JKN	95%	97%	99%	100 %	100 %	100 %
14.	PKRS	a. Jumlah Edukasi Kesehatan	90%	91%	92%	93%	94%	94%
		b. Presentase Jumlah media edukasi kesehatan	70%	75%	80%	85%	90%	90%

II. Standar Pelayanan Manajemen

1. Wakil Direktur Umum dan Keuangan

No	Unit Kerja	Indikator	Standar (%)					
			2019	2020	2021	2022	2023	2024
1	2	3	4	5	6	7	8	9
A. Bagian Umum dan Kepegawaian								
1.	Subag Umum dan Rumah Tangga	a. Ketepatan kalibrasi internal alat-alat kesehatan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Genset running secara otomatis	75%	80%	100%	100%	100%	100%
2.	Subag Kepegawaian	a. Jumlah Staff Nakes di Area Kritis RS yang mengikuti pelatihan > 20 jam pertahun	60%	70%	80%	90%	100%	100%
		b. Keterlambatan kehadiran karyawan	1%	1%	1%	1%	1%	1%
3.	Subag Hukum dan Humas	a. Jumlah pembuatan/ penyusunan produk hukum RSUD Kota Bogor	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Kecepatan Respon terhadap Komplain (KRK)	75%	80%	85%	90%	95%	95%
B. Bagian Keuangan								
1.	Subag Akutan-si	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Berkala Sebelum Tanggal 10 (sepuluh)	100%	100%	100%	100%	100%	100%

1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.	Subag Perben-dahara-an	Penagihan Tunggakan Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Subag Anggar-an	Ketepatan Waktu Pengumpulan Bahan RBA	100%	100%	100%	100%	100%	100%
C. Bagian Perencanaan dan SIMRS								
1.	Subag Peren-canaan	a. Tingkat Akurasi Pelaporan Realisasi Fisik dan Renja	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Persentase kesesuaian kegiatan tahunan dengan Rencana Strategis (Renstra) (lima) Tahunan 5	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Subag SIMRS	a. Persentase Kesesuaian informasi yang ada di modul dengan kebutuhan informasi unit	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Persentase Keakuratan input dengan output	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Subag Pengem-bangan dan Penge-nalihan Mutu	a. Kepuasan Pelanggan (Indeks Kepuasan Masyarakat)	86%	87%	88%	89%	90%	90%
		b. Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	80%	82%	84%	86%	88%	88%

2. Wakil Direktur Pelayanan

No	Unit Kerja	Indikator	Standar (%)					
			2019	2020	2021	2022	2023	2024
1	2	3	4	5	6	7	8	9
A	Bidang Medik							
1.	Seksi Pelayanan Medik	a. Tindak lanjut komplain pelayanan medik < 24 jam	75%	80%	85%	90%	95%	95%
		b. <i>Visite</i> dokter spesialis	97%	97%	98%	98%	98%	98%
2.	Seksi Pengembangan Medik	Diversifikasi pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
B	Bidang Penunjang Medik							
1.	Seksi K3RS	a. Baku Mutu Limbah Cair	88%	90%	92%	94%	96%	96%
		b. Pemeriksaan <i>follow up</i> dan pemberian seri Vaksin untuk petugas yang tertusuk jarum	85%	88%	91%	94%	97%	100%
2.	Seksi Sarana dan Pelayanan Penunjang Medik	a. <i>Resport time</i> Tindak Lanjut kerusakan pada alat kesehatan < 1 X 24 Jam	90%	92%	94%	96%	98%	98%
		b. <i>Resport time</i> Tindak Lanjut keruksakan pada alat kesehatan yang memerlukan pergantian <i>spare part</i> < 1-3 bulan	90%	92%	94%	96%	98%	98%

1	2	3	4	5	6	7	8	9
C	Bidang Keperawatan							
1.	Seksi Asuhan keperawatan	1. Hasil Audit Standar Asuhan Keperawatan (SAK)	80%	80%	80%	83%	84%	84%
		2. Pelaksanaan Metode Pelayanan Keperawatan Profesional (MPKP)	80%	80%	80%	83%	84%	84%
2.	Seksi Pengembangan Keperawatan	1. Ketepatan pelaksanaan <i>case conference</i> 1 bulan sekali	80%	80%	80%	83%	84%	84%

B. URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. STANDAR PELAYANAN KLINIS

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

a. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat < 5 Menit

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat < 5 Menit
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu yang diperlukan mulai dari pasien datang sampai mendapat penanganan baik triase oleh petugas Instalasi Gawat Darurat (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 Medis yang dibubuhi waktu <i>dating</i> dan waktu pelayanan
Standar	90%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

b. Pemberi pelayanan medis kegawatdaruratan yang bersertifikat ACLS/ATLS

Judul	Pemberi pelayanan medis kegawatdaruratan yang bersertifikat ACLS/ATLS
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan kegawatdaruratan oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawatdarurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ACLS/ATLS
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang bersertifikat ACLS/ATLS
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	95%
Penanggungjawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Intalasi Gawat Darurat

2. PELAYANAN RAWAT JALAN

a. Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) < 60 Menit

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan WTRJ) < 60 Menit
Dimensi Mutu	Kesinambungan Layanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialisik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien

Definisi Operasional	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) < 60 Menit adalah rata-rata dari pasien yang sudah terdaftar tiba dipoliklinik sampai dengan pasien selesai diperiksa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah waktu yang diperlukan mulai dari pasien yang sudah terdaftar tiba
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau seluruh pasien rawat jalan
Sumber Data	Laporan Instalasi Rawat Jalan dan survei
Standar	80%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

b. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akseptabilitas
Tujuan	Tersampaikan informasi tentang kepuasan pelanggan terhadap pelayanan pada rawat jalan
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Total dari nilai persepsi per unsur
Denominator	Total unsur yang terisi
Sumber Data	Survei
Standar	86 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi rawat jalan/tim mutu/panitia mutu

c. Persentase pasien TB berisiko TB-HIV yang dikonseling (PTBP)

Judul	Persentase pasien TB berisiko TB-HIV yang dikonseling (PTBP)
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan konseling rawat jalan bagi pasien tuberkulosis yang berisiko TB-HIV
Definisi Operasional	Persentase pasien TB berisiko TB-HIV yang dikonseling (PTBP) adalah seluruh pasien TB baru yang dilakukan PITC yang dilakukan tes HIV karena adanya risiko terjangkit HIV yang akan memperberat penyakit TB-nya

Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Pasien TB yang dilakukan PITC
Denominator	Pasien TB baru
Sumber Data	Kepala instalasi rawat jalan
Standar	85%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi rawat jalan

3. PELAYANAN RAWAT INAP

a. *Net Death Rate (NDR) 2 x 24 Jam*

Judul	<i>Net Death Rate (NDR) 2 x 24 Jam</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap berbasis mutu dan keselamatan pasien
Definisi Operasional	<i>Net Death Rate (NDR) 2x 24 jam</i> adalah banyaknya kejadian kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) Bulan
Periode Analisa	3 (tiga) Bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang keluar hidup dan mati
Sumber Data	Berita Acara
Standar	≤ 24 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

b. *Bed Occupancy Rate (BOR)*

Judul	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Terselenggaranya informasi pelayanan ketersediaan tempat tidur rawat inap
Definisi Operasional	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i> adalah presentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah hari perawatan di rumah sakit
Denominator	Jumlah tempat tidur x jumlah hari dalam satu periode

Sumber Data	Rekam Medis
Standar	80%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi rawat inap

c. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Inap
Dimensi Mutu	Akseptabilitas
Tujuan	Tersampaikan informasi tentang kepuasan pelanggan terhadap pelayanan pada rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan sekali
Numerator	Total dari nilai persepsi per unsur
Denominator	Total unsur yang terisi
Sumber Data	Survei
Standar	86 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi rawat jalan/tim mutu/panitia mutu

d. Persentase pasien TB berisiko TB-HIV yang dikonseling (PTBP)

Judul	Persentase pasien TB berisiko TB-HIV yang dikonseling (PTBP)
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan konseling rawat inap bagi pasien tuberkulosis yang berisiko TB-HIV
Definisi Operasional	Persentase pasien TB berisiko TB-HIV yang dikonseling (PTBP) adalah seluruh pasien TB baru yang dilakukan PITC yang dilakukan tes HIV karena adanya risiko terjangkit HIV yang akan memperberat penyakit TB-nya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Pasien TB yang dilakukan PITC
Denominator	Pasien TB baru
Sumber Data	Kepala instalasi rawat inap
Standar	85 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi rawat inap

4. BEDAH SENTRAL

Waktu tunggu operasi elektif ≤ 7

Judul	Waktu tunggu operasi elektif ≤ 7
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah waktu tunggu operasi yang terencana ≤ 7 hari
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien dengan operasi yang terencana
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral
Standar	90%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

5. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

a. Kejadian Kematian Ibu Persalinan Karena Pendarahan

Judul	Kejadian Kematian Ibu Persalinan Karena Pendarahan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi Operasional	Kejadian Kematian Ibu Persalinan Karena Pendarahan adalah jumlah kematian ibu melahirkan yang disebabkan perdarahan. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan
Denominator	Jumlah pasien persalinan dengan perdarahan
Sumber Data	Rekam Medis dan Berita Acara
Standar	$\leq 1\%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Seksi Pelayanan

b. Kejadian Kematian Ibu Persalinan Karena Pre-Eklamsi/Eklamsi

Judul	Kejadian Kematian ibu persalinan karena pre-eklamsi/eklamsi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi Operasional	Kejadian kematian ibu persalinan karena pre-eklamsi/eklamsi adalah jumlah kematian ibu melahirkan karena pre-eklamsia/eklamsia. Pre eklamsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua. Tanda-tanda pre-eklamsia adalah a. Tekanan darah sistolik > 160 mg dan diastolik > 120 mmHg. b. Proteinuria > 5 mmHg/24 jam dan positif 3 atau 4 pada pemeriksaan kualitatif. c. Oedem tungkai Eklamsia adalah tanda pre eklamsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pre-eklamsia/eklamsia
Denominator	Jumlah Pasien persalinan dengan pre-eklamsia
Sumber Data	Rekam Medis dan Berita Acara
Standar	≤ 30%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Seksi Pelayanan dan Kepala SMF <i>Obgyn</i>

c. Kejadian Kematian Ibu persalinan Karena Sepsis

Judul	Kejadian Kematian Ibu persalinan Karena Sepsis
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi Operasional	Kejadian kematian ibu persalinan karena sepsis adalah jumlah kematian ibu melahirkan yang disebabkan sepsis. Sepsis yang dimaksud adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh penolong persalinan

Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis
Denominator	Jumlah Pasien persalinan dengan sepsis
Sumber Data	Rekam Medis dan Berita Acara
Standar	$\leq 0,2\%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Seksi Pelayanan dan Kepala SMF <i>Obgyn</i>

d. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi (Dokter Anak Pendamping SC)

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi (Dokter Anak Pendamping SC)
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya informasi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi menggunakan dokter anak sebagai pendamping
Definisi Operasional	Petugas Medis dalam hal ini dokter spesialis anak yang mendampingi dokter spesialis kandungan dalam menangani operasi secaria
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah persalinan secaria yang didampingi oleh dokter spesialis anak
Denominator	Jumlah seluruh persalinan secaria
Sumber Data	Rekam Medis dan Berita Acara
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Seksi Pelayanan dan Kepala SMF <i>Obgyn</i>

e. Presentase kemampuan menangani BBLSR < 1500 - 2500 gr

Judul	Presentase kemampuan menangani BBLSR < 1500 - 2500 gr
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLSR
Definisi Operasional	BBLRS adalah bayi yang lahir di RSUD Kota Bogor dengan berat badan sangat rendah < 1500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan

Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah BBSR < 1500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah BBSR < 1500 gr yang ditangani
Sumber Data	Rekam Medis dan Ruang Perinatologi
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala NICU

6. PELAYANAN INTENSIF

a. *Follow Up* Pasien Pre Operasi Dokter Anastesi

Judul	Follow Up Pasien Pre Operasi Dokter Anastesi
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya informasi tentang kunjungan Dokter Anastesi terhadap pasien yang dilakukan sebelum operasi
Definisi Operasional	Kunjungan dokter anastesi terhadap pasien-pasien yang dilakukan sebelum operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kunjungan Dokter Anastesi terhadap pasien yang dilakukan sebelum operasi
Denominator	Jumlah seluruh pasien operasi
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Komite Mutu

b. Lama Perawatan Intensif untuk kembali ke ruangan perawatan biasa \leq 5 hari

Judul	Lama Perawatan Intensif untuk kembali ke ruangan perawatan biasa \leq 5 hari
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan layanan
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke ruangan perawatan dari perawatan intensif dengan kasus yang sama \leq 5 hari
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke ruangan perawatan dari perawatan intensif dengan kasus yang sama \leq 5 hari

Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif
Sumber Data	Rekam Medis dan Survey
Standar	50%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Komite medik/mutu

7. PELAYANAN LABORATORIUM

a. Laboratorium Patologi Klinik

1) Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium PK untuk pemeriksaan Kimia Klinik dan darah rutin < 140 menit

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium PK untuk pemeriksaan Kimia Klinik dan darah rutin < 140 menit
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) 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 dan Laporan Instalasi Laboratorium
Standar	90%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Laboratorium

2) Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan Laboratorium
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan
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	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Laboratorium

b. Laboratorium Patologi Anatomi

1) Waktu tunggu hasil diagnosa PA

a. Biasa max 7 hari

b. Kasus sulit max 14 hari

Judul	Waktu tunggu hasil diagnosa PA a. Biasa max 7 hari b. Kasus sulit max 14 hari
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) 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 dan Laporan Instalasi Laboratorium
Standar	80%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Patologi Anatomi

2) Jumlah permintaan tinjau ulang dari klinisi dalam satu tahun < 5 kasus

Judul	Jumlah permintaan tinjau ulang dari klinisi dalam satu tahun < 5 kasus
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi

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%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Patologi Anatomi

8. RADIOLOGI

a. Waktu tunggu hasil pelayanan Thorax kurang dari 3 jam

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan Thorax kurang dari 3 jam
Dimensi Mutu	Keefektifan, efisiensi, kesinambungan layanan
Tujuan	Tergambarnya waktu yang diperlukan untuk pelayanan Thorax
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 Thorax yang mendapatkan pelayanan < 3 jam
Denominator	Jumlah seluruh pasien Radiologi untuk Thorax
Sumber Data	Formulir permintaan radiologi yang dibubuhi jam dating dan jam penyerahan hasil
Standar	80%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Radiologi

b. Kejadian kegagalan pelayanan radiologi

Judul	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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) 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 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Radiologi

c. Pembatalan pemeriksaan radiologi yang dijadwalkan

Judul	Pembatalan pemeriksaan radiologi yang dijadwalkan
Dimensi Mutu	Keefektifan, 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 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Radiologi

9. FARMASI

a. Waktu tunggu pelayanan:

- 1) Obat jadi < 45 menit**
- 2) Obat racikan < 1 jam**

Judul	a. Waktu tunggu pelayanan: 1) Obat jadi < 45 menit 2) Obat racikan < 1 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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi < 45 menit dan obat racikan < 1 jam
Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan farmasi
Sumber Data	Resep yang dibubuhi jam datang dan jam penyerahan
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Farmasi

b. Ketersediaan obat yang terstandarisasi

Judul	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 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Farmasi

10. INSTALASI GIZI

a. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien yang sudah terjadwal

Judul	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 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapatkan makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gizi

b. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet
Dimensi Mutu	Keamanannya, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gizi

11. REKAM MEDIK

a. *Respon time* Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 2 x 24 Jam (PRM)

Judul	<i>Respon time</i> Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam 2 x 24 Jam (PRM)
Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.

Definisi Operasional	Jumlah dokumen rekam medik pasien rawat inap yang diisi lengkap dan dikembalikan ke pengelola rekam medik dalam waktu 2 x 24 jam (PRM)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah dokumen rekam medis yang diisi lengkap dan dikembalikan dalam waktu 2x 24 jam setelah pasien pulang
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien pulang
Sumber Data	Instalasi Rekam Medik dan Survei
Standar	80%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik

b. Kelengkapan *Inform Consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan <i>Inform Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tersedianya informasi yang lengkap terkait <i>inform consent</i> dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
Definisi Operasional	Pengisian dengan lengkap suatu jenis persetujuan khusus dalam hal pasien/wali wajib mencantumkan pernyataan bahwa kepadanya telah dijelaskan suatu informasi terhadap apa yang dilakukan tim medis, resiko dan akibat yang akan terjadi bilamana suatu tindakan diambil
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah <i>inform consent</i> yang lengkap pengisiannya
Denominator	Jumlah seluruh <i>inform consent</i>
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi rawat inap

12. **MEDICAL CHEK UP (MCU)**

Waktu Tunggu Penyelesaian pemeriksaan Test Kesehatan 1x 24 Jam

Judul	Waktu Tunggu Penyelesaian pemeriksaan Test Kesehatan 1x 24 Jam
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Terkendalinya penyelenggaraan pelayanan test kesehatan
Definisi Operasional	Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk pemeriksaan uji kesehatan mulai dari pendaftaran sampai keluar hasil pemeriksaan uji kesehatan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil pemeriksaan dari sampel diterima sampai keluar hasil pemeriksaan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan bidang uji kesehatan
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan
Standar	80%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

13. **INSTALASI JKN**

Ketepatan Waktu Klaim JKN

Judul	Ketepatan Waktu Klaim JKN
Dimensi Mutu	Efesiensi
Tujuan	Terkendalinya penyelenggaraan klaim JKN
Definisi Operasional	Waktu pengajuan klaim dilakukan dengan menggunakan <i>software</i> INA-CBG's yaitu secara rutin paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah berkas pengajuan klaim yang dilaksanakan sebelum tanggal 10 bulan berjalan
Denominator	Seluruh jumlah pengajuan klaim bulan sebelumnya
Sumber Data	Instalasi JKN
Standar	95%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi JKN

14. PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT (PKRS)

a. Jumlah Edukasi Kesehatan

Judul	Jumlah Edukasi Kesehatan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Terpantaunya jumlah media edukasi kesehatan
Definisi Operasional	Kegiatan penambahan pengetahuan yang diperuntukan bagi pasien melalui penyebaran pesan seperti konsultasi maupun penyuluhan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Pasien/ keluarga yang membutuhkan edukasi kesehatan
Denominator	Seluruh pasien/ keluarga yang mengunjungi rumah sakit
Sumber Data	Register PKRS
Standar	90%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala PKRS

b. Presentase Jumlah media edukasi kesehatan

Judul	Presentase Jumlah media edukasi kesehatan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Terpantaunya pelaksanaan edukasi kesehatan
Definisi Operasional	Media edukasi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator melalui media cetak dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakunya kearah positif terhadap kesehatannya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Seluruh media edukasi kesehatan yang dicetak dan ditampilkan
Denominator	Seluruh media edukasi kesehatan yang tertera di RAB
Sumber Data	Register PKRS
Standar	70%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala PKRS

II. STANDAR PELAYANAN MANAJEMEN

A. WAKIL DIREKTUR UMUM DAN KEUANGAN

1. Bagian Umum dan Kepegawaian

a. Sub Bag Umum dan Rumah Tangga

1) Ketepatan kalibrasi internal alat-alat kesehatan sesuai jadwal

Judul	Ketepatan kalibrasi internal alat-alat kesehatan sesuai jadwal
Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan, Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya peralatan yang siap dipakai dan berkualitas
Definisi Operasional	Ketepatan kalibrasi internal alat-alat kesehatan sesuai jadwal adalah jumlah dan jenis peralatan yang sudah terkalibrasi sesuai jadwal yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah alat-alat kesehatan internal yang dikalibrasi sesuai jadwal
Denominator	Seluruh alat-alat kesehatan internal yang dikalibrasi sesuai jadwal dan tidak serta yang tidak dikalibrasi
Sumber Data	Subag Umum dan Rumah Tangga
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Subag Umum dan Rumah Tangga

2) Genset *running* secara otomatis

Judul	Genset <i>running</i> secara otomatis
Dimensi Mutu	Kesinambungan Layanan, Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya genset setiap saat
Definisi Operasional	Genset berfungsi secara otomatis dan terkendali
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah genset <i>running</i> secara otomatis

Denominator	Seluruh gensek
Sumber Data	Subag Umum dan Rumah Tangga
Standar	75%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Subag Umum dan Rumah Tangga

b. Sub Bag Kepegawaian

1) Jumlah Staff Nakes di Area Kritis RS yang mengikuti pelatihan > 20 jam pertahun

Judul	Jumlah Staff Nakes di Area Kritis RS yang mengikuti pelatihan > 20 jam pertahun
Dimensi Mutu	Kesinambungan Layanan, Kompetensi Teknis
Tujuan	Terselenggaranya pemantauan terhadap pelatihan yang diikuti oleh staf nakes di area kritis RS
Definisi Operasional	Staff di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam/orang per tahun adalah staff tenaga kesehatan yang bertugas di area kritis seperti IGD/HCU/ICU, HD, ICCU, unit pelayanan kritikal lainnya sesuai kebutuhan RS yang telah mendapat pelatihan khusus sesuai gap kompetensi dan kebutuhan unit kerjanya sebanyak minimal 20 jam/staff/tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah staff nakes di area kritis yang mendapat pelatihan 20 jam per orang/ pertahun
Denominator	Jumlah Staff Nakes di Area Kritis RS
Sumber Data	Subag Kepegawaian
Standar	60%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Subag Kepegawaian

2) Keterlambatan kehadiran karyawan

Judul	Keterlambatan kehadiran karyawan
Dimensi Mutu	Kesinambungan Layanan
Tujuan	Terinformasikan persentase tingkat kedisiplinan karyawan dalam hal hadir tepat waktu

Definisi Operasional	Waktu kehadiran untuk karyawan yang melakukan rekam kehadiran masuk, diatas jam kerja masuk pada jadwal masing-masing.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah Karyawan yang terlambat datang pada jam kerja yang dikaji ulang yang perpengaruh dengan terganggunya pelayanan unit kerja masing masing.
Denominator	Jumlah Karyawan yang terlambat datang pada jam kerja akan disurvei yang perpengaruh dengan terganggunya pelayanan unit kerja masing masing.
Sumber Data	Subag Kepegawaian
Standar	1%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Subag Kepegawaian

c. Sub Bag Hukum dan Humas

1) Jumlah pembuatan/penyusunan produk hukum RSUD Kota Bogor

Judul	Jumlah pembuatan/penyusunan produk hukum RSUD Kota Bogor
Dimensi Mutu	Hubungan antar manusia dan kesinambungan layanan
Tujuan	Diketahuiya 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 RSUD Kota Bogor yang berbentuk Peraturan Walikota pada waktu tertentu
Denominator	Jumlah produk hukum RSUD Kota yang sudah menjadi Peraturan Walikota
Sumber Data	Register produk hukum
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Hukum & Humas

2) Kecepatan respon terhadap komplain (KRK)

Judul	Kecepatan respon terhadap komplain (KRK)
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Diketahuinya respon terhadap komplain
Definisi Operasional	<p>Respon RS dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/dampak risiko berupa ekstrim (merah), tinggi (kuning), rendah (hijau) dan dibuktikan dengan data.</p> <p>Warna Merah : Cenderung dengan polisi, pengadilan, kematian, menancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian materil dll</p> <p>Warna Kuning : Cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian materil dll</p> <p>Warna Hijau : Tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah komplain yang ditindaklanjuti
Denominator	Seluruh komplain yang masuk
Sumber Data	Buku Laporan Pengaduan & Perbaikan
Standar	75%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Hukum & Humas

2. Bagian keuangan

a. Sub Bag Akutansi

Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Berkala Sebelum Tanggal 10

Judul	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Berkala Sebelum Tanggal 10 (sepuluh)
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Terpantaunya penyusunan laporan berkala tepat waktu

Definisi Operasional	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Berkala Sebelum Tanggal 10 adalah: Penyusunan Laporan Keuangan RSUD Yang akan dilaporkan Kepada Adalbang dan BPKAD sebelum tanggal 10 (sepuluh) bulan berjalan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah Seluruh Laporan Keuangan Tepat Waktu
Denominator	Jumlah Seluruh Laporan Keuangan Tepat Waktu & Tidak Tepat Waktu
Sumber Data	Laporan Keuangan
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Anggaran

b. Sub Bag Perbendaharaan

Penagihan Tunggakan Pasien

Judul	Penagihan Tunggakan Pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan Layanan
Tujuan	Terselenggaranya penagihan tunggakan pasien tepat waktu
Definisi Operasional	Penagihan Tunggakan Pasien adalah: Kewajiban Pasien Kepada Rumah Sakit Dalam Pemenuhan Pembayaran Biaya Rawat Inap Yang Belum terselesaikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Pemenuhan Tunggakan Pasien Rawat Inap Yang Tidak Bisa Dibayarkan Oleh Keluarga Pasien Kepada RSUD
Denominator	Jumlah Seluruh Pasien Rawat Inap
Sumber Data	Bagian Keuangan dan <i>Customer Service</i>
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Perbendaharaan

c. Sub Bag Anggaran

Ketepatan Waktu Pengumpulan Bahan RBA

Judul	Ketepatan Waktu Pengumpulan Bahan RBA
Dimensi Mutu	Efisiensi

Tujuan	Terselenggaranya pengumpulan bahan RBA
Definisi Operasional	Ketepatan Waktu Pengumpulan Bahan RBA adalah: RBA RSUD Kota Bogor Yang Harus Disetujui Dalam Kurun Waktu 5 Hari
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah Seluruh RBA Per Instalasi di Lingkungan RSUD Kota Bogor Tepat Waktu
Denominator	Jumlah Seluruh RBA Per Instalasi di Lingkungan RSUD Kota Bogor Tepat Waktu & Tidak Tepat Waktu
Sumber Data	Bagian Keuangan dan Instalasi Lain di Lingkungan RSUD Kota Bogor
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Anggaran

3. Bagian Perencanaan dan SIMRS

a. Sub Bagian Perencanaan

1) Tingkat Akurasi Pelaporan Realisasi Keuangan dan Renja

Judul	Tingkat Akurasi Pelaporan Realisasi Keuangan dan Renja
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersusunnya Buku Rencana Kebutuhan Tahunan Rumah Sakit
Definisi Operasional	Ketepatan Waktu Akurasi Pelaporan adalah : Seluruh Laporan Realisasi Keuangan dan Renja RSUD Kota Bogor Yang Harus Diakurasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah pelaporan realisasi keuangan dan renja yang terkoreksi
Denominator	Jumlah seluruh pelaporan realisasi keuangan dan renja
Sumber Data	Seluruh unit di RSUD Kota Bogor
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Perencanaan, evaluasi dan pelaporan

2) Persentase kesesuaian kegiatan tahunan dengan Rencana Strategis (Renstra) 5 Tahunan

Judul	Persentase kesesuaian kegiatan tahunan dengan Rencana Strategis (Renstra) 5 Tahunan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Terpantaunya kesesuaian kegiatan tahunan dengan rencana strategis (renstra) 5 tahunan
Definisi Operasional	Kesesuaian pelaksanaan kegiatan tahunan dengan rencana strategis (renstra) 5 tahunan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) tahun
Periode Analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah seluruh kegiatan tahunan yang sesuai dengan Renstra
Denominator	Jumlah seluruh kegiatan tahunan yang sesuai ditambah dengan yang tidak sesuai dengan Renstra
Sumber Data	Subag perencanaan
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian Perencanaan, evaluasi dan pelaporan

b. Sub Bagian SIM RS

1) Persentase Kesesuaian informasi yang ada di modul dengan kebutuhan informasi unit

Judul	Persentase Kesesuaian informasi yang ada di modul dengan kebutuhan informasi unit
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Untuk memenuhi kebutuhan informasi pada unit
Definisi Operasional	Kesesuaian informasi adalah tercapainya kebutuhan informasi unit dalam mendapatkan informasi yang dibutuhkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah informasi yang sudah sesuai yang ada di modul
Denominator	Jumlah informasi yang ada dalam modul
Sumber Data	Laporan unit
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian SIMRS

2) Persentase Ketepatan *input* dengan *output* dalam system

Judul	Persentase Keakuratan input dengan output
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Untuk memberikan ketepatan data bagi yang memerlukan
Definisi Operasional	Ketepatan input dengan output adalah sesuaianya data yang dinput dan menghasilkan data output yang tepat sehingga akan menghasilkan data yang akurat
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah data output yang tepat
Denominator	Jumlah data output yang ada pada sistem
Sumber Data	Laporan SIMRS
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bagian SIMRS

c. Sub Bag Pengembangan dan Pengendalian Mutu

1) Kepuasan Pelanggan (Indeks Kepuasan Masyarakat)

Judul	Kepuasan Pelanggan (Indeks Kepuasan Masyarakat)
Dimensi Mutu	Akseptabilitas
Tujuan	Tersampaikan informasi tentang kepuasan pelanggan terhadap pelayanan
Definisi Operasional	Kepuasan Pelanggan adalah : Pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Skala maksimal nilai IKM
Denominator	(Hasil Penilaian IKM dibagi Skala Maksimal nilai IKM) x 100%
Sumber Data	Sub bagian Pengembangan dan Pengendalian Mutu RSUD Kota Bogor
Standar	86%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub pengembangan dan pengendalian mutu

2) Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*

Judul	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>
Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan dan keselamatan pasien
Tujuan	Terselenggaranya standarisasi proses asuhan klinis, mengurangi risiko proses asuhan klinis, mengurangi adanya variasi asuhan klinis dan memberikan asuhan klinis yang tepat waktu serta penggunaan sumber daya yang efisien dan konsisten sehingga menghasilkan
Definisi Operasional	Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> adalah: Kepatuhan para staf medis/DPJP dalam menggunakan <i>clinical pathway</i> untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Skala maksimal nilai IKM
Denominator	(Hasil Penilaian IKM dibagi Skala Maksimal nilai IKM) x 100%
Sumber Data	Sub bagian Pengembangan dan Pengendalian Mutu RSUD Kota Bogor
Standar	80%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub pengembangan dan pengendalian mutu dan Komite Mutu Keselamatan Pasien

B. WAKIL DIREKTUR PELAYANAN

1. Bidang Medik

a. Seksi Pelayanan Medik

1) Tindak lanjut komplain pelayanan medik < 24 jam

Judul	Tindak lanjut komplain pelayanan medik < 24 jam
Dimensi Mutu	Hubungan antar manusia, kontinuitas, kemanan, kenyamanan, kompetensi tehknis
Tujuan	Menghindari resiko medik lebih lanjut

Definisi Operasional	<p>Respon RS dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/dampak risiko berupa ekstrim (merah), tinggi (kuning), rendah (hijau) dan dibuktikan dengan data.</p> <p>Warna Merah : Cenderung dengan polisi, pengadilan, kematian, menancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian materill dll</p> <p>Warna Kuning : Cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian materil dll</p> <p>Warna Hijau : Tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah komplain yang ditindaklanjuti
Denominator	Seluruh komplain yang masuk
Sumber Data	Humas RS, Komite medik
Standar	75%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bidang Pelayanan Medik

2) *Visite dokter spesialis*

Judul	<i>Visite</i> dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	<i>Visite</i> dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis tiap hari sesuai dengan ketentuan waktu kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 WIB
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah <i>visite</i> dokter spesialis antara 08.00 s.d 14.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pelaksanaan <i>visite</i> dokter spesialis yang disurvei
Sumber Data	survei
Standar	97%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bidang Pelayanan Medik

b. Seksi Pengembangan Medik

1) Diversifikasi pelayanan

Judul	Diversifikasi pelayanan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Meningkatkan variasi pelayanan medik
Definisi Operasional	Variasi pelayanan medik yang didapatkan melalui <i>assessment</i> kebutuhan yang dilakukan setiap tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah pelayanan medik baru/terbarukan
Denominator	Jumlah target diversifikasi setahun (satu produk)
Sumber Data	Seksi pengembangan medik
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bidang Pengembangan Medik

2. Bidang Penunjang Medik

a. Seksi Kesehatan dan Keselamatan Kerja RS (K3RS)

1) Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Menghindari risiko rumah sakit terhadap pencemaran lingkungan
Definisi Operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman, bagi lingkungan merupakan ambang batas yang memenuhi baku mutu yang dipersyaratkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Limbah cair yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber Data	Laporan Subag K3RS
Standar	88%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bidang K3RS

2) Pemeriksaan *follow up* dan pemberian seri Vaksin untuk petugas yang tertusuk jarum

Judul	Pemeriksaan follow up dan pemberian seri Vaksin untuk petugas yang tertusuk jarum
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Terpantaunya tindaklanjut pemberian vaksin pada petugas yang tertusuk jarum
Definisi Operasional	Kegiatan pemberian vaksin bagi petugas yang tertusuk jarum secara berkala
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Petugas yang tertusuk jarum dan di vaksin
Denominator	Seluruh Petugas yang tertusuk jarum dan tidak tertusuk jarum (petugas berisiko)
Sumber Data	Laporan Subag K3RS
Standar	85%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Bidang K3RS

b. Seksi Sarana dan Pelayanan Penunjang Medik

1) *Respont time* Tindak Lanjut kerusakan pada alat kesehatan < 1 X 24 Jam

Judul	<i>Respont time</i> Tindak Lanjut kerusakan pada alat kesehatan < 1 X 24 Jam
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu < 1x24 jam harus sudah ditanggapi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan

Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 1x 24 jam dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	90%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala IPRS

2) *Respont time* Tindak Lanjut kerusakan pada alat kesehatan yang memerlukan pergantian spare part < 1-3 bulan

Judul	<i>Responstime</i> Tindak Lanjut kerusakan pada alat kesehatan yang memerlukan pergantian <i>spare part</i> < 1-3 bulan
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat melalui pergantian <i>spare part</i> < 1-3 bulan
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan dengan melakukan pergantian <i>spare part</i> , maksimal dalam waktu < 1-3 bulan harus sudah ditanggapi.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang harus diganti <i>spare part</i> ditanggapi kurang atau sama dengan 1-3 bulan pada bulan berjalan.
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat yang harus diganti <i>spare part</i> dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	< 90%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala IPRS

3. Bidang Keperawatan

a. Seksi Asuhan Keperawatan

1) Hasil Audit Standar Asuhan Keperawatan (SAK)

Judul	Hasil Audit Standar Asuhan Keperawatan (SAK)
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Diketuahuinya presentase penerapan Standar Asuhan Keperawatan (SAK)
Definisi Operasional	Audit yang dilakukan terhadap setiap unit perawat yang menetapkan standar SAK
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Presentase pelaksanaan standar SAK
Denominator	Nilai composit penerapan standar SAK
Sumber Data	Laporan audit SAK
Standar	80%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Seksi Asuhan Keperawatan

2) Pelaksanaan Metode Pelayanan Keperawatan Profesional (MPKP)

Judul	Pelaksanaan Metode Pelayanan Keperawatan Profesional (MPKP)
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Diketahuinya presentase jumlah ruangan yang menerapkan MPKP
Definisi Operasional	Aessment Pelaksanaan metode pelayanan keperawatan di ruang perawat
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah ruangan yang melaksanakan MPKP
Denominator	Jumlah seluruh ruangan yang melaksanakan MPKP
Sumber Data	Laporan MPKP
Standar	80%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Seksi Asuhan Keperawatan

b. Seksi Pengembangan Keperawatan

Ketepatan pelaksanaan *case conference* 1 (satu) bulan sekali

Judul	Ketepatan pelaksanaan <i>case conference</i> 1 bulan sekali
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Meningkatkan kompetensi keperawatan melalui kegiatan <i>case conference</i>
Definisi Operasional	Kegiatan membahas kasus yang dilakukan oleh setiap ruangan setiap bulan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah <i>case conference</i> yang dilaksanakan dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seharusnya seluruh <i>case conference</i> yang dilakukan dalam 1 (satu) bulan
Sumber Data	Laporan <i>case conference</i> ruangan
Standar	80%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Seksi Pengembangan Keperawatan

WALI KOTA BOGOR,

Ttd.

BIMA ARYA