

KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA
DAERAH SUMATERA SELATAN
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA M HASAN



**STANDAR PELAYANAN MEDIS
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA PALEMBANG**



KEPUTUSAN KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA PALEMBANG
NOMOR: KEP/20/I/2025, TANGGAL 6 JANUARI 2025



KEPUTUSAN KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA PALEMBANG

Nomor: KEP/20/II/2025

Tentang

STANDAR PELAYANAN MEDIS
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA PALEMBANG

KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA PALEMBANG

- Menimbang : 1. Bahwa dalam menghadapi era globalisasi dan persaingan antar rumah sakit, Rumah Sakit Bhayangkara Palembang perlu melakukan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit.
2. Bahwa untuk mendukung keberhasilan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit Bhayangkara Palembang perlu upaya dan partisipasi yang digerakan oleh pengelola rumah sakit secara berkesinambungan
3. Bahwa Rumah Sakit Bhayangkara Palembang perlu mengeluarkan surat keputusan Standar Pelayanan Medis.
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 2 Tahun 2002 tentang Kepolisian Negara Republik Indonesia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4168);
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
3. Undang-undang Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585).

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA PALEMBANG TENTANG STANDAR PELAYANAN MEDIS RUMAH SAKIT BHAYANGKARA PALEMBANG.

LAMPIRAN KEP RS BHAYANGKARA PLG

NOMOR : KEP/20/II/2025

TANGGAL : 6 JANUARI 2025

- Pertama : Rumah Sakit Bhayangkara Palembang adalah merupakan Unit Pelaksana Teknis dari Bidang Kedokteran dan Kesehatan Polda Daerah Sumatera Selatan;
- Kedua : Standar Pelayanan Medis, yang selanjutnya disebut SPM, adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan medis yang diberikan oleh Rumah Sakit Bhayangkara Palembang;
- Ketiga : Standar Pelayanan Medis Rumah Sakit Bhayangkara Palembang sebagaimana tercantum dalam Lampiran merupakan bagian yang tidak terpisahkan serta berfungsi sebagai batasan Layanan Medis yang seharusnya dipenuhi Oleh Rumah Sakit Bhayangkara Palembang;
- Keempat : Standar Pelayanan Medis Rumah Sakit Bhayangkara Palembang wajib dilaksanakan oleh Rumah Sakit Bhayangkara Palembang untuk meningkatkan pelayanan Kesehatan;
- Kelima : Standar Pelayanan Medis Rumah Sakit Bhayangkara Palembang meliputi :
- a. Standar Pelayanan Medis Anak;
 - b. Standar Pelayanan Medis Penyakit Dalam;
 - c. Standar Pelayanan Medis Mata;
 - d. Standar Pelayanan Medis Bedah;
 - e. Standar Pelayanan Medis Obgyn;
 - f. Standar pelayanan Medis Syaraf;
 - g. Standar Pelayanan Medis Kulit;
 - h. Standar Pelayanan Medis Orthopedi;
 - i. Standar Melayanan Medis Anastesi;
 - j. Standar Pelayanan Medis THT.
- Keenam : Isi Standar Pelayanan Medis Rumah Sakit Bhayangkara Palembang meliputi:
- a. Pengertian;
 - b. Kriteria Diagnostik;
 - c. Diagnosis Banding;
 - d. Diagnosis Penunjang;
 - e. Penatalaksanaan;
 - f. Edukasi;
 - g. Prognosis

LAMPIRAN KEP RS BHAYANGKARA PLG

NOMOR : KEP/20/1/2025

TANGGAL : 6 JANUARI 2025

- Ketujuh : Standar Pelayanan Medis Rumah Sakit Bhayangkara Palembang wajib di evaluasi dan diperbaiki secara berkelanjutan oleh Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Palembang
- Kedelapan : Standar Pelayanan Medis Rumah Sakit Bhayangkara Palembang wajib untuk dievaluasi dan diperbaiki secara berkelanjutan oleh Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Palembang;
- Kesembilan : Keputusan ini berlaku terhitung sejak tanggal ditetapkan, apabila ditemukan kekeliruan dikemudian hari maka akan diadakan perubahan atau perbaikan seperlunya.

:

Ditetapkan di : Palembang

Pada tanggal : 6 Januari 2025

KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA
PALEMBANG



Dr. dr. BUDI SUSANTO, Sp.BS., QHIA
KOMISARIS BESAR POLISI NRP 74040785

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H ayat (l) Perubahan Undang–Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perorangan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan yang mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Salah satunya terlihat dari berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam berinteraksi satu sama lain dan ilmu pengetahuan serta teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit.

Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor : 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal BAB I ayat 6 menyatakan bahwa 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 negara secara minimal. Ayat 7 menyatakan indikator SPM adalah tolak ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi didalam pencapaian suatu SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan. Ayat 8 menyatakan pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial ekonomi dan pemerintahan.

Dalam penjelasan pasal 39 ayat 2 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor : 58 tahun 2005 tentang pengelolaan keuangan daerah menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan standar pelayanan minimal adalah tolak ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah.

1.2. Maksud dan Tujuan

Standar pelayanan minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi Rumah Sakit Bhayangkara Palembang dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan. Standar pelayanan minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan rujukan, cara perhitungan/rumus/pembilangan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja dan sumber data.

1.3. Pengertian Umum dan Khusus

1.3.1. Umum

- 1) **Standar Pelayanan Minimal** adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib Rumah Sakit Bhayangkara Palembang yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Rumah Sakit Bhayangkara Palembang kepada masyarakat.
- 2) **Rumah sakit** adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

1.3.2. Khusus

- 1) Jenis pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
- 2) Mutu pelayanan adalah kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat.
- 3) Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan, keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
- 4) Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
- 5) Indikator kinerja adalah variabel yang dapat dipergunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan untuk 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.

- 6) Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
- 7) Definisi operasional dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
- 8) Frekuensi pengumpulan data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
- 9) Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
- 10) Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
- 11) Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
- 12) Standar adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
- 13) Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

1.4. Prinsip Penyusunan dan Penetapan SPM

Didalam menyusun SPM telah memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. **Konsensus** berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan departemen terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusun.
2. **Sederhana** : SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan mudah dipahami.
3. **Nyata** : SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu persyaratan atau prosedur teknis.
4. **Terukur** : seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur kualitatif ataupun kuantitatif.
5. **Terbuka** : SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat.
6. **Terjangkau** : SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia.
7. **Akuntabel** : SPM dapat dipertanggungjawabkan kepada publik.

8. **Bertahap** : SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

1.5. Landasan Hukum

1. Undang-Undang Nomor : 23 tahun 1992 tentang Kesehatan
2. Undang-Undang Nomor : 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara
3. Undang-Undang Nomor : 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara
4. Undang-Undang Nomor : 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah
5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor : 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom
6. Peraturan Pemerintah Nomor : 20 tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggara Pemerintah Daerah
7. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor : 28 tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Nomor : 14 tahun 2001 tambahan Lembaran Negara Nomor : 42621)
8. Peraturan Pemerintah Nomor : 20 tahun 2004 tentang Rencana Kerja Pemerintah
9. Peraturan Presiden Nomor : 9 tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara RI sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Tahun 2005
10. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor : 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum
11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor : 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah
12. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor : 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal
13. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor : 28 tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 61/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Propinsi, Kabupaten/Kota dan Rumah Sakit
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 228/Menkes/SK/III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah

16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 1575/Menkes/SK/II/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor : 6 tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis tentang Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal

BAB II
SISTEMATIKA DOKUMEN STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKTI BHAYANGKARA PALEMBANG

Sistematika dokumen SPM disusun dalam bentuk :

- BAB I Pendahuluan yang terdiri :
 - a. Latar Belakang
 - b. Maksud dan tujuan
 - c. Pengertian umum dan khusus
 - d. Landasan Hukum

- BAB II Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal

- BAB III Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakti Bhayangkara Palembang
 - a. Jenis Pelayanan
 - b. SPM setiap jenis pelayanan, indikator dan standar

- BAB IV Pencapaian Dan Batas Waktu Standar Pelayanan Minimum

- Penutup

- Lampiran

BAB III

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT BHAYANGKARA PALEMBANG

Standar pelayanan minimal rumah sakit dalam pedoman ini meliputi jenis-jenis pelayanan indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit.

Jenis-jenis pelayanan rumah sakit

Jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit meliputi :

1. Pelayanan gawat darurat
2. Pelayanan rawat jalan
3. Pelayanan rawat inap
4. Pelayanan bedah
5. Pelayanan persalinan dan perinatology
6. Pelayanan intensif
7. Pelayanan radiologi
8. Pelayanan laboratorium patologi klinik
9. Pelayanan rehabilitasi medik
10. Pelayanan farmasi
11. Pelayanan gizi
12. Pelayanan transfusi darah
13. Pelayanan rekam medis
14. Pengelolaan limbah
15. Pelayanan administrasi manajemen
16. Pelayanan ambulance/kereta jenazah
17. Pelayanan pemulasaraan jenazah
18. Pelayanan laundry
19. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
20. Pencegah pengendalian infeksi

SPM setiap jenis pelayanan, indikator dan standar

Adapun standar pelayanan minimal untuk setiap pelayanan, indikator dan standar dapat dilihat dari **lampiran**

1. Sementara rinciannya dapat dilihat pada **lampiran 2**

BAB IV
PENCAPAIAN DAN BATAS WAKTU
STANDAR PELAYANAN MINIMUM

I. Uraian Standar Pelayanan Minimum

1. Pelayanan Gawat Darurat.

a. Kemampuan Menangani *Life saving* Anak dan Dewasa.

Judul	Kemampuan Menangani <i>Life Saving</i> di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit Bhayangkara Palembang Polda Sumatera Selatan dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat.
Definisi Operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breathing, Circulation</i> .
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan <i>life saving</i> di Unit Gawat Darurat.
Sumber data	Rekam Medik di Gawat Darurat.
Standar	100 %.
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gawat Darurat.

b. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat.

Judul	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan.
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di Rumah Sakit Bhayangkara Palembang Tingkat III Polda Sumatera Selatan.
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan Pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan.
Sumber data	Laporan bulanan.
Standar	24 Jam.
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Gawat Darurat.

c. Pemberi Pelayanan Kegawat daruratan yang Bersertifikat BTLS/PPGD/GELS/ACLS

Judul	Pemberi Pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat BTLS/PPGD/GELS/ACLS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan.
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BTLS/PPGD/GELS/ACLS.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/ PPGD.
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian.
Standar	100 %.
Penanggungjawab.	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumkit.

d. Ketersediaan tim penanggulangan bencana.

Judul	Ketersedian Tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas.
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang di bentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Gawat Darurat
Standar	Satu Tim
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

e. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat.

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas.
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat.
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yg diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di ambil sampling (<i>minimum n = 50</i>).
Sumber data	Sample.
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang.
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Gawat Darurat.

f. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat.

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan.
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan.
Periode Analisa	Tiga bulan sekali.
Numerator	Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvei.
Denominator	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survey (<i>minimum n = 50</i>).
Sumber data	Survey
Standar	≥ 70 %.
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Tim Mutu/ Panitia Mutu

g. Kematian Pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat.

Judul	Kematian Pasien \leq 24 jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian \leq 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode \leq 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	\leq 2 perseribu
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Gawat Darurat.

h. Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka.

Judul	Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka
Dimensi Mutu	Akses dan keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien IGD yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Gawat Darurat.

2. Pelayanan Rawat Jalan.

a. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis.

Judul	Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik Pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis. Dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

b. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimum harus ada di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan.
Definisi Operasional	Pelayanan jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

c. Ketersediaan pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan dirumah sakit jiwa
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di rumah skit jiwa
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yank dilasanakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif).
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal a. NAPZA b. Gangguan psikotik c. Gangguan neurotic d. Gangguan organik
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

d. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan.

Judul	Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Rawat Jalan Spesialistik pada hari kerja di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis. Jam buka 08.00 s.d. 13.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

e. Waktu Tunggu di Rawat Jalan.

Judul	Waktu Tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan yg mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yg disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber data	Survei pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

d. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan.

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rata rata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (<i>minimum n=50</i>)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 90 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

e. **Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis yang Ditangani dengan Strategi DOTS.**

Judul	Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis yang Ditangani dengan Strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakkan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara <i>kohort</i> sesuai dgn penanggulangan tuberkulosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di Rumah Sakit Bhayangkara Mohamad Hasan Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

a. **Kegiatan Penegakan Diagnosis Tuberculosis (TB)**

Judul	Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di Rumah Sakit Bhayangkara Palembang Polda Sumatera Selatan dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	60 %

Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Jalan.
------------------	-------------------------------

b. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan (TB)

Judul	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan (TB)
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	60 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Jalan.

3. Pelayanan Rawat Inap.

a. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

Judul	Pemberi Pelayanan di Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimum D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yg bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Inap.

b. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Inap.

c. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

Judul	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis Pelayanan rawat inap yang minimum harus ada di Rumah Sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan Rumah Sakit Bhayangkara yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (<i>kualitatif</i>)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimum kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan kandungan, dan bedah umum.
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Inap.

d. Jam Visite Dokter Spesialis

Judul	Jam Visite Dokter Spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00/sesuai dengan perjanjian
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00/sesuai perjanjian yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Inap.

e. Kejadian Infeksi Pasca Operasi

Judul	Kejadian Infeksi Pasca Operasi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	jumlah pasien yang mengalami infeksi dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	≤ 1,5 %
Penanggung jawab Pengumpulan data.	Ketua Komite Medik.

f. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

Judul	Angka Kejadian Infeksi Nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial Rumah Sakit Bhayangkara Mohamad Hasan Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	≤ 1,5 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik.

g. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/ Kematian.

Judul	Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan/Kematian
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi dan sebagainya, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Inap.

h. Kematian Pasien > 48 jam.

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan yang aman dan efektif
Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	$\leq 0,24 \%$ $\leq 2,4/1000$ (international) (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggungjawab.	Tim Mutu/Kepala Instalasi Rawat Inap.

i. Kejadian Pulang Paksa.

Judul	Kejadian Pulang Paksa
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	$\leq 5 \%$
Penanggungjawab.	Tim Mutu.

j. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (<i>minimum n=50</i>)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 90 \%$
Penanggungjawab.	Tim Mutu.

k. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang Ditangani dengan Strategi DOTS.

Judul	Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang Ditangani Dengan Strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan TB dgn 5 strategi penanggulangan TB nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien TB harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti TB yg sesuai dgn standar penanggulangan TB nasional, dan semua pasien TB yang diobati dievaluasi secara <i>kohort</i> sesuai dengan penanggulangan TB nasional
Frekuensi pengumpulan data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di Rumah Sakit Bhayangkara Mohamad Hasan Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat inap, Register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Inap.

l. Kegiatan Penegakan Diagnosis Tuberkulosis (TB).

Judul	Penegakan Kegiatan TB melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di Rumah Sakit Bhayangkara Mohamad Hasan Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	60 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Inap.

m. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberkulosis (TB) di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan.

Judul	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberkulosis (TB) di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	60 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rawat Inap.

4. Bedah Sentral.

a. Waktu Tunggu Operasi Elektif.

Judul	Waktu Tunggu Operasi Elektif
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan 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 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Bedah Sentral.

b. Kejadian Kematian di Meja Operasi.

Judul	Kejadian Kematian di Meja Operasi
Dimensi mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1 \%$
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik.

c. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi.

Judul	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala instalasi bedah/komite medik.

d. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Bedah/Komite Medik.

e. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi

Judul	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Pada Operasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala instalasi bedah/komite medik.

f. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing pada Tubuh Pasien Setelah Operasi

Judul	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing pada Tubuh Pasien Setelah Operasi
Dimensi mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 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 keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala instalasi bedah/komite medik.

g. Komplikasi Anestesi karena Overdosis, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube.

Judul	Komplikasi Anestesi karena Overdosis, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan Endotracheal Tube
Dimensi mutu	Keselamatan pasien.
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
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 6 %
Penanggungjawab.	Kepala instalasi bedah/komite medik.

5. Persalinan dan Perinatologi.

a. Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan.

Judul	Kejadian Kematian Ibu karena Persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklamsia, eklampsia, partus lama, dan sepsis.</p> <p>Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dua dari tiga tanda yaitu:</p> <p>Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg</p> <p>Protein uria > 5 gr/24 jam, (3+ / 4+) pada pemeriksaan kualitatif</p> <p>Oedem tungkai</p> <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklamsi 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> <p>Partus lama adalah persalinan yang lebih dari 24 jam</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam medis Rumah Sakit Bhayangkara Mohamad Hasan Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan.
Standar	Pendarahan $\leq 1\%$, pre-eklampsia $\leq 30\%$, Sepsis $\leq 0,2\%$
Penanggungjawab.	Komite medik.

b. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal.

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Tim Mutu.

c. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	<p>Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp. OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih.</p> <p>Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr, kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan pre- eklamsia berat, tali pusat menumbung.</p>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp. OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggungjawab.	Tim Mutu.

d. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi.

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi
Dimensi mutu	Kompetensi tekhnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Tim Mutu.

e. Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr.

Judul	Kemampuan Menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Komite medik/Tim Mutu.

f. Pertolongan Persalinan Melalui Sectio Cesaria.

Judul	Pertolongan Persalinan melalui Seksio Cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 20 %
Penanggungjawab.	Tim Mutu.

g. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga Berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam Medis dan laporan KB Rumah Sakit
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Poli KB-KIA.

h. Konseling KB Mantap.

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Poli KB-KIA.

i. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang di survei (minimum 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggungjawab.	Tim Mutu.

6. Pelayanan ICU.

a. Rata-Rata Pasien yang Kembali ke Perawatan ICU dengan Kasus yang sama < 72 jam.

Judul	Rata-Rata Pasien yang Kembali ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang sama < 72 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan ICU
Definisi operasional	Pasien kembali ke perawatan ICU dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan ICU dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang ICU dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 3 %
Penanggungjawab	Komite Medik / Tim Mutu

b. Pemberi Pelayanan Unit ICU.

Judul	Pemberi Pelayanan Unit ICU
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan unit ICU adalah dokter/dokter spesialis yang telah mengikuti pelatihan <i>Basic Life Support</i> , perawat D3 yang telah mengikuti pelatihan <i>Basic Life Support</i> dan dapat melakukan pemantauan menggunakan peralatan monitor.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah Dokter/dokter spesialis yang telah mengikuti pelatihan <i>Basic Life Support</i> , Perawat D3 yang telah mengikuti pelatihan <i>Basic Life Support</i> dan dapat melakukan pemantauan menggunakan peralatan monitor
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan ICU
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Komite Medik/Tim Mutu.

7. Radiologi.

a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Toraks.

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Toraks
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan foto toraks adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan foto toraks dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto toraks dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 3 jam
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Radiologi.

b. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen

Judul	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan roentgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantulkannya tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi radiologi
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Radiologi.

c. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	Kejadian Kegagalan Pelayanan Roentgen
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan roentgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan roentgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	$\leq 2 \%$
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Radiologi.

d. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimum 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 80 \%$
Penanggungjawab.	Tim Mutu/Ketua Tim Mutu.

8. Laboratorium.

a. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium.

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratoium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	Survei
Standar	≤ 140 menit (manual)
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Laboratorium.

b. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium.

Judul	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan
Sumber data	Register di instalasi laboratorium
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Laboratorium.

c. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium.

Judul	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

d. Kepuasan Pelanggan

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap Pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimum 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

9. Fisioterapi.

a. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Fisioterapi yang direncanakan.

Judul	Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Fisioterapi yang direncanakan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan.
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan fisioterapi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Drop Out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program fisioterapi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diprogram fisioterapi dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	≤ 50%
Penanggungjawab.	Penanggungjawab Fisioterapi.

b. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Fisioterapi

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Fisioterapi
Dimensi mutu	Keselamatan dan Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan fisioterapi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	Kesalahan Tindakan Fisioterapi adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan fisioterapi yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan fisioterapi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang fisioterapi dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diprogram fisioterapi dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	100%
Penanggungjawab.	Penanggungjawab Fisioterapi.

c. Kepuasan Pelanggan.

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap Pelayanan fisioterapi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan fisioterapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimum 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggungjawab.	Penanggungjawab Fisioterapi.

10. Farmasi.

a. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi.

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 30 menit
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Farmasi.

b. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan.

Judul	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu Pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	≤ 60 menit
Penanggungjawab	Kepala Instalasi Farmasi

c. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat.

Judul	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: a. Salah dalam memberikan jenis obat; b. Salah dalam memberikan dosis; c. Salah orang; d. Salah jumlah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat.
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Farmasi.

d. Kepuasan Pelanggan.

Judul	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (minimum 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 80 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Farmasi.

e. Penulisan Resep Sesuai Formularium.

Judul	Penulisan Resep Sesuai Formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumahsakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan (n minimum 50)
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Farmasi.

11. Pelayanan Gizi.

a. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien
Dimensi mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 90\%$
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap.

b. Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien

Judul	Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	$\leq 20\%$
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Gizi/kepala Instalasi Rawat Inap.

c. Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet.

Judul	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	1 bulan
Periode analisis	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	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala instalasi gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap.

12. Tranfusi Darah.

a. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi operasional	Cukup jelas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan.
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah.

b. Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada UTD.
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan system imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan.
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 0,01%
Penanggungjawab.	Kepala UTD

13. Pelayanan GAKIN

a. pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	Keselamatan.
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada UTD.
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisis akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan system imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan.
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 0,01%
Penanggungjawab.	Kepala UTD

14. Rekam Medik.

a. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan.

Judul	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 jam Setelah Selesai Pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rekam Medis.

b. Kelengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

Judul	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan
Definisi operasional	<i>Informed Consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/ keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yg mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rekam Medis

c. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (tidak kurang dari 100).
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rata-rata ≤ 10 menit
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rekam Medis.

d. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medis rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rata-rata ≤ 15 menit
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Rekam Medis.

15. Pengolahan limbah.

a. Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan terhadap keamanan limbah cair rumah sakit.
Definisi operasional	Baku Mutu adalah standar minimum pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolelir dan diukur dengan indikator BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter pH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala IPRS.

b. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan

Judul	Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai dengan Aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : sisa jarum suntik, kasa bekas, sisa ampul, sisa jaringan. Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala IPRS.

16. Administrasi Manajemen.

a. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi.

Judul	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di Rumah Sakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan Tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan

b. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja.

Judul	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada standar Pelayanan Minimum (SPM), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator kinerja yang lainnya. Laporan akuntabilitas kinerja minimum dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimum 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun

Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan

c. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat.

Judul	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit Bhayangkara terhadap Tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Urusan Tata Usaha.

d. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala.

Judul	Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan Surat Keputusan kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 %

Penanggungjawab.	Kepala Urusan Administrasi.
------------------	-----------------------------

e. Karyawan yang mendapat Pelatihan Minimal 20 jam per tahun.

Judul	Karyawan Yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Per Tahun
Dimensi mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi terminologi yang digunakan	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	Satu Tahun
Periode dilakukan analisis	Satu Tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber data	Bagian keuangan
Target	≥60%
Penanggungjawab.	Kaur Diklit.

f. Cost Recovery.

Judul	Cost Recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya Tingkat kesehatan keuangan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Bagian Keuangan
Standar	≥ 40 %
Penanggungjawab.	Kaur Keuangan.

g. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan.

Judul	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisis	Satu bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan.
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam satu bulan
Sumber data	Bagian Keuangan
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kaur Keuangan.

h. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap.

Judul	Kecepatan Waktu Pemberian Informasi tentang Tagihan Pasien Rawat Inap
Dimensi mutu	Efektivitas, Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan Pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap hari
Periode analisis	Tiap minggu
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu minggu
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu minggu
Sumber data	SIM RS
Standar	≤ 2 jam

Penanggungjawab.	Kasir.
------------------	--------

i. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu.

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan .
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 Bulan
Periode dilakukan analisis	Tiap 6 Bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Target	100 %
Penanggungjawab.	Kaur Keuangan.

17. *Ambulance/Mobil Jenazah.*

a. Waktu Pelayanan *Ambulance/Mobil Jenazah.*

Judul	Waktu Pelayanan <i>Ambulance/Mobil Jenazah</i>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan <i>ambulance/mobil jenazah</i> yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu Pelayanan <i>ambulance/mobil jenazah</i> adalah ketersediaan waktu penyediaan <i>ambulance/mobil jenazah</i> untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) Pelayanan <i>ambulance</i> dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam
Penanggungjawab.	Penanggungjawab <i>Ambulance/Mobil Jenazah.</i>

b. Kecepatan Memberikan Pelayanan *Ambulance*/Mobil Jenazah di Rumah Sakit.

Judul	Kecepatan memberikan Pelayanan <i>ambulance</i> /mobil jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan dalam menyediakan kebutuhan pasien akan <i>ambulance</i> /mobil jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan <i>ambulance</i> /mobil jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan <i>ambulance</i> /mobil jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya <i>ambulance</i> /mobil jenazah. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penyediaan <i>ambulance</i> /mobil jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan <i>ambulance</i> /mobil jenazah dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan <i>ambulance</i> /mobil jenazah
Standar	100 %
Penanggungjawab	Penanggungjawab <i>Ambulance</i> /Mobil Jenazah.

18. Pemulasaran Jenazah

a. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah.

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah.
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran jenazah
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang di butuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah di tangani oleh petugas

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaran jenazah pasien yang di amati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi pemulasaran jenazah

18. **Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan.**

a. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat.

Judul	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat.
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	≥ 80 %
Penanggungjawab.	Kepala IPPRS.

b. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat.

Judul	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat

Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/ <i>service</i> untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (<i>service</i>) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala IPRS.

- c. Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Dengan Ketentuan Kalibrasi.

Judul	Peralatan Laboratorium (Dan Alat Ukur Yang Lain) Yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai dengan Ketentuan Kalibrasi.
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK).
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku registrasi
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Kepala Instalasi Laboratorium.

20. Pelayanan Laundry.

a. Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang.

Judul	Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i>
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari <i>sampling</i> dalam satu bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari <i>sampling</i> tersebut
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Penanggungjawab Laundry.

b. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap.

Judul	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>laundry</i> .
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggungjawab.	Penanggungjawab Laundry.

21. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

a. Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

Judul	Tersedianya Anggota Tim PPI yang Terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 tahun
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75 %
Penanggungjawab.	Tim PPI.

b. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD).

Judul	Tersedianya APD
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan baju.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Sumatera Selatan.
Sumber data	Survei
Standar	75 %
Penanggungjawab.	Tim PPI.

c. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Bhayangkara M. Hasan Palembang Polda Sumsel.

Judul	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan.
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung.
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial , pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan. Minimum 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survei
Standar	75 %
Penanggungjawab.	Tim PPI Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat III Palembang Polda Sumatera Selatan.

Keterangan:

ILO : Infeksi Luka Operasi ILI

: Infeksi Luka Infus

VAP : Ventilator Associated Pneumonie ISK

: Infeksi Saluran Kemih

PENCAPAIAN DAN BATAS WAKTU STANDAR PELAYANAN MINIMUM

I. Uraian Pencapaian Dan Batas Waktu SPM.

a. Standar Isi.

1. Pelayanan Gawat Darurat.

NO	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Kemampuan menangani <i>live saving</i> anak dan dewasa	<i>Life Saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breathing, Circulation.</i>	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2.	Jam buka pelayanan gawat darurat	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh	24 jam	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3.	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku (ATLS/ACLS/PPGD/BCLS)	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan (ATLS/ACLS/PPGD/BCLS)	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	90 %
4.	Waktu tanggap pelayanan Dokter di gawat darurat	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter.	≤ lima menit terlayani setelah pasien datang	≤ lima menit terlayani setelah pasien datang	≤ lima menit terlayani setelah pasien datang	≤ lima menit terlayani setelah pasien datang	≤ lima menit terlayani setelah pasien datang	

5.	Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di RS dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang terjadi sewaktu waktu.	1 (satu) Tim	1 (satu) Tim	1 (satu) Tim	1 (satu) Tim	1 (satu) Tim	1 (satu) Tim
----	---	---	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

2. Pelayanan Rawat Jalan.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan <i>special privilege</i> yang diberikan).	100% Dokter Spesialis	77,5 %	81,95 %	93,19 %	100 %	100 %
2.	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit	a. Klinik Anak b. Klinik Interna c. Klinik Obygn d. Klinik Bedah	a. Poliklinik Penyakit Dalam b. Poliklinik Kebidanan dan Kandungan c. Poliklinik Anak d. Poliklinik	a. Poliklinik Penyakit Dalam b. Poliklinik Kebidanan dan Kandungan c. Poliklinik Anak d. Poliklinik	a. Poliklinik Penyakit Dalam b. Poliklinik Kebidanan dan Kandungan c. Poliklinik Anak	a. Poliklinik Penyakit Dalam b. Poliklinik Kebidanan dan Kandungan c. Poliklinik Anak	a. Poliklinik Penyakit Dalam b. Poliklinik Kebidanan dan Kandungan c. Poliklinik Anak

		<p>khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tersebut.</p>		<p>e. Bedah Poliklinik Orthopedi dan Traumatologi</p> <p>f. Poliklinik Syaraf/Neurology</p> <p>g. Poliklinik THT</p> <p>h. Poliklinik Kesehatan Jiwa</p> <p>i. Poliklinik Konservasi Gigi</p> <p>j. Poliklinik Jantung dan Pembuluh Darah</p> <p>k. Poliklinik Kulit dan Kelamin</p>	<p>e. Bedah Poliklinik Orthopedi dan Traumatologi</p> <p>f. Poliklinik Syaraf/Neurologi</p> <p>g. Poliklinik THT</p> <p>h. Poliklinik Kesehatan Jiwa</p> <p>i. Poliklinik Konservasi Gigi</p> <p>j. Poliklinik Jantung dan Pembuluh Darah</p> <p>k. Poliklinik Kulit dan Kelamin</p> <p>l. Poliklinik Mata</p> <p>m. Poliklinik Bedah Mulut</p>	<p>d. Poliklinik Bedah Orthopedi dan Traumatologi</p> <p>e. Poliklinik Syaraf/Neurologi</p> <p>f. Poliklinik THT</p> <p>g. Poliklinik Kesehatan Jiwa</p> <p>h. Poliklinik Konservasi Gigi</p> <p>i. Poliklinik Jantung dan Pembuluh Darah</p> <p>j. Poliklinik Kulit dan Kelamin</p> <p>k. Poliklinik Mata</p> <p>l. Poliklinik Bedah Mulut</p> <p>m. Poliklinik Bedah Mulut</p>	<p>d. Poliklinik Bedah Orthopedi dan Traumatologi</p> <p>e. Poliklinik Syaraf/Neurologi</p> <p>f. Poliklinik THT</p> <p>g. Poliklinik Kesehatan Jiwa</p> <p>h. Poliklinik Konservasi Gigi</p> <p>i. Poliklinik Jantung dan Pembuluh Darah</p> <p>k. Poliklinik Kulit dan Kelamin</p> <p>l. Poliklinik Mata</p> <p>m. Poliklinik Bedah Mulut</p> <p>n. Poliklinik Urologi</p> <p>o. Poliklinik Bedah Digesti</p>	<p>d. Poliklinik Bedah Orthopedi dan Traumatologi</p> <p>e. Poliklinik Syaraf/Neurologi</p> <p>f. Poliklinik THT</p> <p>g. Poliklinik Kesehatan Jiwa</p> <p>h. Poliklinik Konservasi Gigi</p> <p>i. Poliklinik Jantung dan Pembuluh Darah</p> <p>k. Poliklinik Kulit dan Kelamin</p> <p>l. Poliklinik Mata</p> <p>m. Poliklinik Bedah Mulut</p> <p>n. Poliklinik Urologi</p> <p>o. Poliklinik Bedah Digesti</p> <p>p. Poliklinik THT</p> <p>q. Poliklinik Kesehatan Jiwa</p> <p>r. Poliklinik Konservasi Gigi</p> <p>s. Poliklinik Jantung dan Pembuluh Darah</p> <p>t. Poliklinik Kulit dan Kelamin</p> <p>u. Poliklinik Mata</p> <p>v. Poliklinik Bedah Mulut</p> <p>w. Poliklinik</p>
--	--	---	--	--	---	--	---	--

								Urologi x. Poliklinik Bedah Digesti
4.	Waktu tunggu di rawat jalan	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis.	≤ 60 menit	17 menit	15 menit	15 menit	10 menit	10 menit

3. Pelayanan Rawat Inap.

NO	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
	Pemberi pelayanan di rawat inap	Pemberi Pelayanan Rawat Inap adalah Dokter dan tenaga perawat yang kompeten	a. Dokter Spesialis b. Perawat Minimal pendidikan D3	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3.	Ketersediaan pelayanan rawat inap	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan	a. Kesehatan Anak b. Penyakit	a. Kesehatan Anak	a. Kesehatan Anak b. Penyakit	a. Kesehatan Anak	a. Kesehatan Anak

		<p>baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut</p>	<p>d. Bedah</p>	<p>Dalam</p> <p>c. Kebidanan dan kandungan</p> <p>d. Bedah Umum</p> <p>e. Bedah Orthopedi</p> <p>f. Syaraf</p> <p>g. THT</p> <p>h. Isolasi</p> <p>i. ICU</p> <p>j. Rawat tahanan</p> <p>k. Jiwa</p> <p>l. Jantung</p> <p>m. Kulit kelamin</p> <p>n. Haemodialisis</p> <p>o. Bedah Mulut</p> <p>p. Mata</p> <p>q. Urologi</p> <p>r.</p>	<p>b. Penyakit Dalam</p> <p>c. Kebidanan dan kandungan</p> <p>d. Bedah Umum</p> <p>e. Bedah Orthopedi</p> <p>f. Syaraf</p> <p>g. THT</p> <p>h. Isolasi</p> <p>i. ICU</p> <p>j. Rawat tahanan</p> <p>k. Jiwa</p> <p>l. Jantung</p> <p>m. Kulit kelamin</p> <p>n. Haemodialisis</p> <p>o. Bedah Mulut</p> <p>p. Mata</p>	<p>Dalam</p> <p>c. Kebidanan dan kandungan</p> <p>d. Bedah Umum</p> <p>e. Bedah Orthopedi</p> <p>f. Syaraf</p> <p>g. THT</p> <p>h. Isolasi</p> <p>i. ICU</p> <p>j. Rawat tahanan</p> <p>k. Jiwa</p> <p>l. Jantung</p> <p>m. Kulit kelamin</p> <p>n. Haemodialisis</p> <p>o. Bedah Mulut</p> <p>p. Mata</p>	<p>b. Penyakit Dalam</p> <p>c. Kebidanan dan kandungan</p> <p>d. Bedah Umum</p> <p>e. Bedah Orthopedi</p> <p>f. Syaraf</p> <p>g. THT</p> <p>h. Isolasi</p> <p>i. ICU</p> <p>j. Rawat tahanan</p> <p>k. Jiwa</p> <p>l. Jantung</p> <p>m. Kulit kelamin</p> <p>n. Haemodialisis</p> <p>o. Bedah Mulut</p> <p>p. Mata</p>	<p>b. Penyakit Dalam</p> <p>c. Kebidanan dan kandungan</p> <p>d. Bedah Umum</p> <p>e. Bedah Orthopedi</p> <p>f. Syaraf</p> <p>g. THT</p> <p>h. Isolasi</p> <p>i. ICU</p> <p>j. Rawat tahanan</p> <p>k. Jiwa</p> <p>l. Jantung</p> <p>m. Kulit kelamin</p> <p>n. Haemodialisis</p> <p>o. Bedah Mulut</p> <p>p. Mata</p> <p>q. Urologi</p>
--	--	--	-----------------	--	--	--	--	--

4.	Jam visite dokter spesialis	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00	08.00 s.d. 14.00 setiap hari kerja/ Sesuai perjanjian	08.00 s.d. 14.00/ Sesuai perjanjian	08.00 s.d. 14.00/ Sesuai perjanjian	08.00 s.d. 14.00/ Sesuai perjanjian	08.00 s.d. 14.00 / Sesuai perjanjian	08.00 s.d. 14.00/ Sesuai perjanjian
----	-----------------------------	--	--	--	--	--	---	--

4. Pelayanan Bedah.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Waktu tunggu operasi elektif	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan	≤ 2 hari	≤2 hari	≤2 hari	≤2 hari	≤ 2 hari	≤ 2 hari

5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Pemberi pelayanan persalinan normal	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan	a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (APN) c. Bidan	a. Dokter Sp.OG b. (APN) Bidan	a. Dokter Sp.OG b. (APN) Bidan	a. Dokter Sp.OG b. (APN) Bidan	a. Dokter Sp.OG b. (APN) Bidan	a. Dokter Sp.OG b. (APN) Bidan

7. Pelayanan Radiologi.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi	≤ 3 jam	2,5 jam	2,5 jam	2 jam	2 jam	2 jam
2.	Pelaksana Ekspertisi	Dokter penanggung jawab expertisi thorax foto	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad	Dokter Sp.Rad
3.	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan Rontgen	≤ 2 %	2 %	2%	2%	2%	2%
4.	Kepuasan pelanggan	Tergambarnya presepsi pelanggan terhadap pelayanan Radiologi	≥ 80 %	80,5 %	90%	95 %	95%	95%
5.	Jam buka pelayanan radiologi	Jam buka 24 jam adalah pelayanan radiologi yang memberikan pelayanan selama 24 jam penuh	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam

8. Laboratorium.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.	≤ 140 menit Kimia darah dan darah rutin	120 menit Kimia darah & darah rutin	100 menit Kimia darah & darah rutin	60 menit Kimia darah & darah rutin	60 menit Kimia darah & darah rutin	60 menit Kimia darah & darah rutin
2.	Pelaksanaan expertisi	Pelaksana expertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan	Dokter Sp.PK		Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK	Dokter Sp.PK

		pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium						
3.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang	100 %		100 %	100 %	100 %	100 %
4.	Kepuasan pelanggan	Kepuasan planggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.	≥ 80 %		83 %	85 %	87 %	91%

9. Pelayanan Rehabilitasi Medik (Fisioterapi).

NO.	INDIKATOR	PENGERTI AN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	Drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang di rencanakan adalah pasien yang tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang di rencanakan	≤ 50 %	16 %	12%%	10%	10%	10%
2.	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang di perlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan atau tidak sesuai dengan pedoman standar pelayanan rehabilitasi medik	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3.	Kepuasan pelanggan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik.	≥ 80 %	85%	87%	90%	90%	90%

10. Pelayanan Gizi.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan	≥ 90%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	Sisa makanan adalah sisa makanan yang tersisa yang tidak di makan oleh pasien .	≤ 20%	15 %	15 %	15 %	15 %	15 %

11. Pelayanan Rekam Medis.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat jalan	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau Pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas	≤ 10 menit	5 menit	5 menit	4 menit	4 menit	4 menit
2.	Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medis pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medis rawat inap tersedia dibangsal pasien.	≤ 15 menit	12 menit	12 menit	10 menit	10 menit	10 menit

12. Pelayanan Administrasi dan Manajemen.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan 2 periode dalam 1 tahun yaitu bulan April dan Oktober	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	Usulan kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara 25periodic sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun	≥ 60%	70 %	80 %	85 %	85 %	85 %
4.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit.	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
5.	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 bulan berikutnya	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

2.	Kecepatan memberikan pelayanan Ambulance/kereta jenazah di rumah sakit	Waktu pelayanan Ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan Ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien atau kebutuhan pasien.	≤ 30 menit	90 menit	90 menit	60 menit	30 menit	30 menit
----	--	---	------------	----------	----------	----------	----------	----------

iii. Pelayanan Laundry.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan.	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

iv. Pelayanan Sarana dan Prasarana.

NO	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	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 ditindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.	≥80%	80 %	90 %	95 %	95 %	95 %
2.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku	100%	90 %	95 %	95 %	95 %	95 %

3.	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh balai pengamanan fasilitas kesehatan (BPFK).	100 %	95 %	95 %	100 %	100 %	100 %
----	---	--	-------	------	------	-------	-------	-------

v. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	Adalah anggota tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %	75 %	75 %	75 %	75 %	75 %
2.	Tersedia APD (Alat Pelindung Diri)	Alat terstandar yg berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, boots dan gaun.	75 %	75 %	75 %	75 %	75 %	75 %

vi. Pelayanan Farmasi.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Waktu tunggu pelayanan a. Obat jadi b. Obat racikan	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan	a. ≤ 30menit b. ≤ 60 menit	a. 15 menit b. 30 menit	a. 15 menit b. 30 menit	a. 15 menit b. 30 menit	a. 15 menit b. 30 menit	a. 15 menit b. 30 menit

b. Standar Proses.

i. Pelayanan Gawat Darurat.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa	<i>Life Saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breathing, Circulation</i> .	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2.	Kepuasan pelanggan	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan	≥ 70%	85 %	80 %	85 %	90 %	90 %
3.	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan.	100%	100 %	100 %	100 %	90 %	90 %

ii. Pelayanan Rawat Jalan.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Ketersediaan pelayanan rawat jalan	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan yang spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit	1. Klinik anak 2. Klinik penyakit dalam 3. Klinik kebidanan 4. Klinik bedah	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2.	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	Pelayanan rawat jalan tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar	≥ 60%	5,92 %	9,5 %	2,08 %	5,5 %	5,5 %

		penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional.						
3.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit.	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit.	≥ 60%	100 %	100 %	100%	100 %	100 %

iii. Pelayanan Rawat Inap.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Kejadian infeksi pasca operasi	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (kolor) pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3X 24 jam	≤ 1,5 %	0,46 %	0.016 %	0 %	2 %	2 %
2.	Kejadian infeksi nosokomial	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, flebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi	≤ 1,5 %	0 %	0,18%	0 %	0%	0%
3.	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi, dsb, yang berakibat kecatatan atau kematian	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

4.	Rawat inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	Pelayanan rawat inap tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis, yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional.	≥ 60%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit.	≥ 60%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

iv. Pelayanan Bedah.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Kejadian kematian di meja operasi	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan.	≤ 1%	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
2.	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

3.	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien yang dioperasi pada orang yang salah	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
4.	Tidak adanya kejadian salah tindakan operasi	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
5.	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	Kejadian tertinggalnya benda asing dimana benda asing seperti kasa, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
6.	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.	≤ 6 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

v. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2.	Pertolongan persalinan melalui SC	Seksio Caesarea adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.	≤ 20%	58 %	55,7 %	55,7 %	60,8 %	60,8 %
3.	Kepuasan pelanggan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.	≥ 80%	79 %	80 %	80 %	80.5 %	80.5 %

vi. Pelayanan Kedokteran dan Kepolisian.

NO.	INDIKATOR PELAYANAN	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Pemberian pelayanan rawat tahanan	Perawatan kesehatan tahanan dilakukan oleh perawat lulusan D3/S1 Keperawatan yang ditandai dengan pencatatan asuhan keperawatan	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2.	Ketersediaan pelayanan pemeriksaan test narkoba	Ketersediaan pelayanan pemeriksaan test narkoba adalah adanya sarana dan prasarana dalam memberikan pelayanan test pemeriksaan urine	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3.	Kematian pasien tahanan setelah 48 jam	Hilangnya suatu nyawa manusia setelah 48 jam	0%	0 %	0%	0%	0 %	0 %
4.	Penyuluhan PPT	Penyuluhan bagi korban kekerasan perempuan dan <i>trafficking</i> adalah kegiatan pemberian pengetahuan tentang kekerasan perempuan, <i>trafficking</i> , kesehatan reproduksi, dan migrasi yang aman kepada korban pada masa pemulihan di PPT.	100%	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %

vii. Pelayanan Radiologi.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca	Kerusakan foto $\leq 2 \%$	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
2.	Kepuasan pelanggan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi.	$\geq 80 \%$	85 %	87 %	90 %	92 %	92 %

viii. Pelayanan Laboratorium.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2.	Kepuasan pelanggan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium	≥ 80 %	83 %	85 %	87 %	91 %	91 %

ix. Pelayanan ICU.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan ICU dengan kasus yang sama < 72 jam	Pasien kembali keperawatan ICU dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam	≤ 3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

x. Pelayanan Gizi.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien	≤ 20%	15 %	15 %	15 %	15 %	15 %

xi. Pelayanan Farmasi.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	Kesalahan pemberian obat meliputi: a. Salah dalam memberikan jenis obat; b. Salah dalam memberikan dosis; c. Salah orang; d. Salah jumlah.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2.	Penulisan resep sesuai formularium	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
3.	Kepuasan pelanggan	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.	≥ 80 %	94,4 %	95 %	95 %	95 %	95 %

xii. Pelayanan Rekam Medis.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2.	Kelengkapan <i>informed concent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas	<i>Informed concent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

xiii. Pelayanan Laundry.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	Tidak adanya kejadian linen yang hilang.	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

xiv. Pengelolaan Limbah.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan	Limbah padat berbahaya adalah sampah akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain: a. Sisa jarum suntik; b. Sisa ampul; c. Kasa bekas; d. Sisa jaringan. Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2.	Pengelolaan limbah cair infeksius sesuai dengan aturan.	Limbah cair yang dihasilkan dari produksi rumah sakit.	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

xv. Pemulasaran Jenazah.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Kecepatan memberikan pelayanan menangani jenazah	Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang di butuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah di tangani oleh petugas	≤ 2 jam	90 menit	60 menit	30 menit	30 menit	30 menit

xvi. Pencegahan Pengendalian Infeksi.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (<i>Health Care Associated Infection</i>) di rumah sakit (min 1 parameter)	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di rumah sakit, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK).	75%	75 %	75 %	75 %	75 %	75 %

xvii. Pelayanan Administrasi dan Manajemen.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Tindak lanjut Penyelesaian hasil pertemuan direksi	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
2.	Cost Recovery	Jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu	≥ 40%	65 %	70 %	75 %	80 %	80 %
3.	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.	≤ 2 jam	1 jam	45 menit	45 menit	45 menit	45 menit

c. Standar Keluaran.

i. Pelayanan Gawat Darurat

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2021	2022	2023	2024	2025
1.	Kematian pasien < 24 jam	Kematian 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang.	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)	2/1000	2/1000	2/1000	2/1000	2/1000

ii. Pelayanan Rawat Jalan.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Kepuasan pelanggan	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan	≥90%	92 %	95 %	95 %	95 %	95 %
2.	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis	Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional.	≥60%	89,2 %	90 %	92 %	92 %	92 %
3.	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit.	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke rumah sakit.	≥ 60%		90 %	95 %	95 %	95 %

iii. Pelayanan Rawat Inap.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIA N	STANDAR	PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Kematian pasien > 48 jam	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit.	≤ 0,24 %	0,15 %	0,15 %	0,15 %	0,15 %	0,15 %
2.	Kejadian pulang paksa	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulangoleh dokter.	≤ 5 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %

iv. Pelayanan Bedah.

NO.	INDIKATOR	PENGERTIA N	STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Kejadian kematian di meja operasi	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang di akibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan.	≤ 1%	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

v. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi.

NO	INDIKATOR	PENGERTIAN	STANDAR	RENCANA PENCAPAIAN				
				2025	2026	2027	2028	2029
1.	Kejadian kematian ibu karena persalinan	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis.</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, preeklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dua dari tiga tanda, yaitu:</p> <p>a. Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg b. Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4- pada pemeriksaan kualitatif; c. Oedema tungkai;</p> <p>Eklampsia adalah tanda preeklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p> <p>Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan lebih dari 18 jam pada multi.</p>	<p>Perdarahan ≤ 1%</p> <p>Pre eklamsia ≤ 30%</p> <p>Sepsis ≤ 0,2 %</p>	<p>Pendarahan 0 %</p> <p>Pre eklamsi 0 %</p> <p>Sepsis 0 %</p>	<p>Pendarahan 0 %</p> <p>Pre eklamsi 0 %</p> <p>Sepsis 0 %</p>	<p>Pendarahan 0 %</p> <p>Pre eklamsi 0 %</p> <p>Sepsis 0 %</p>	<p>Pendarahan 0 %</p> <p>Pre eklamsi 0 %</p> <p>Sepsis 0 %</p>	<p>Pendarahan 0 %</p> <p>Pre eklamsi 0 %</p> <p>Sepsis 0 %</p>

BAB V PENUTUP

Standar pelayanan minimal rumah sakit pada hakikatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh rumah Sakit Bhayangkara Palembang dengan standar kinerja yang ditetapkan. Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

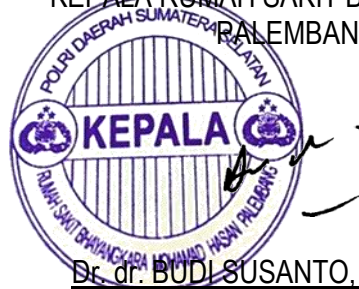
Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Bhayangkara ini diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit. SPM ini dapat dijadikan acuan dalam melaksanakan perencanaan pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Hal-hal lain yang belum tercantum dalam buku SPM ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan ketentuan berlaku.

Ditetapkan di : Palembang

Pada tanggal : 6 Januari 2025

KEPALA RUMAH SAKIT BHAYANGKARA
PALEMBANG



Dr. dr. BUDI SUSANTO, Sp.BS., QHIA
KOMISARIS BESAR POLISI NRP 74040785