



BUPATI BANYUMAS  
PROVINSI JAWA TENGAH

PERATURAN BUPATI BANYUMAS  
NOMOR 63 TAHUN 2023

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL KESEHATAN  
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
UNIT PELAKSANA TEKNIK DAERAH PADA DINAS KESEHATAN  
KLINIK UTAMA KESEHATAN PARU MASYARAKAT KELAS A

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANYUMAS,

- Menimbang :
- a. bahwa Klinik Utama Kesehatan Paru Masyarakat Kelas A merupakan salah satu sarana penyedia pelayanan kesehatan yang bermutu yang wajib disediakan oleh Pemerintah Daerah Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang menerapkan pola pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah, sehingga diperlukan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan;
  - b. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah, Standar Pelayanan Minimal diatur dengan Peraturan Bupati untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, kesetaraan, kemudahan dan kualitas layanan umum yang

diberikan oleh Unit Pelaksana Teknis Dinas/Badan Daerah yang akan menerapkan Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;

- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah Unit Pelaksana Teknis Daerah Pada Dinas Kesehatan Klinik Utama Kesehatan Paru Masyarakat Kelas A;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten Dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 42);
  2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
  3. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6718);

4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 4585);
6. Peraturan Bupati Banyumas Nomor 27 Tahun 2023 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah pada Dinas Kesehatan (Berita Daerah Kabupaten Banyumas Tahun 2023 Nomor 27);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL KESEHATAN BADAN LAYANAN UMUM DAERAH UNIT PELAKSANA TEKNIK DAERAH PADA DINAS KESEHATAN KLINIK UTAMA KESEHATAN PARU MASYARAKAT KELAS A.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Banyumas.
2. Bupati adalah Bupati Banyumas.
3. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas.

4. Badan Layanan Umum Daerah Unit Pelaksana Teknis Daerah pada Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut BLUD UPTD Dinas Kesehatan adalah sistem yang diterapkan oleh UPTD yang dalam memberikan layanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan Daerah pada umumnya.
5. Klinik Utama Kesehatan Paru Masyarakat Kelas A yang selanjutnya disebut KKPM adalah BLUD UPTD pada Dinas Kesehatan sebagai unit layanan kesehatan yang melaksanakan tugas teknis operasional dan/atau kegiatan teknis Dinas dalam kewenangan operasional layanan fasilitas kesehatan lainnya meliputi layanan medis dasar, spesialisik paru dan spesialisik lainnya secara komprehensif yang menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD UPTD Dinas Kesehatan.
6. Kepala Klinik Utama Kesehatan Paru Masyarakat Kelas A yang selanjutnya disebut Kepala KKPM bertugas melaksanakan, memimpin dan mengendalikan pelaksanaan kegiatan mulai dari perencanaan, pelaksanaan kegiatan, evaluasi serta monitoring pelayanan medis dasar, spesialisik paru dan spesialisik lainnya secara komprehensif.
7. Standar Pelayanan Minimal Kesehatan yang selanjutnya disingkat SPM Kesehatan adalah



- ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar kesehatan yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.
8. Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar warga negara.
  9. Jenis Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan dalam rangka penyediaan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal.
  10. Mutu Pelayanan Dasar adalah ukuran kuantitas dan kualitas barang dan/atau jasa kebutuhan dasar serta pemenuhannya secara minimal dalam Pelayanan Dasar sesuai standar teknis agar hidup secara layak.
  11. Penerapan SPM adalah pelaksanaan SPM yang dimulai dari tahapan pengumpulan data, penghitungan kebutuhan pemenuhan Pelayanan Dasar, penyusunan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar dan pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar.
  12. Layanan Kegawatdaruratan adalah layanan kedaruratan medik yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah/menanggulangi risiko kematian atau cacat.
  13. Layanan Rawat Jalan adalah layanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan layanan kesehatan lainnya tanpa menginap di KKPM.
  14. Layanan Rawat Inap adalah layanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi dan atau layanan kesehatan lainnya dengan menginap di KKPM.

15. Layanan Tindakan Medik adalah tindakan kepada pasien tanpa pembedahan untuk membantu penegakan diagnosis dan terapi.
16. Layanan Tindakan Medik Operasi adalah tindakan pembedahan kepada pasien yang menggunakan anestesi umum, *regional block* dan lokal.
17. Layanan Radiologi adalah layanan yang menggunakan semua modalitas yang menggunakan sumber radiasi pengion dan non pengion dan atau terapi dengan panduan imejing.
18. Layanan Laboratorium adalah layanan pengukuran, penetapan, pengujian untuk penentuan jenis penyakit, penyebab penyakit dan kondisi Kesehatan.
19. Layanan Farmasi adalah layanan yang berorientasi kepada pasien baik dari aspek farmasi klinik maupun aspek manajemen dalam penyediaan perbekalan farmasi yang bermutu, aman dan terjangkau bagi semua lapisan masyarakat.
20. Layanan Rekam Medis adalah layanan catatan dan dokumen tentang pasien.
21. Layanan Rehabilitasi Medik adalah layanan yang diberikan kepada pasien dalam bentuk layanan fisioterapi, terapi okupasional, terapi wicara, ortotik/prostetik, bimbingan sosial medis dan jasa psikologi serta rehabilitasi lainnya.

BAB II  
PRINSIP STANDAR PELAYANAN  
MINIMAL KESEHATAN

Pasal 2

SPM Kesehatan ditetapkan dan diterapkan berdasarkan prinsip kesesuaian kewenangan, ketersediaan, keterjangkauan, kesinambungan, keterukuran, dan ketepatan sasaran.

BAB III  
JENIS PELAYANAN DASAR DAN PENERIMA  
PELAYANAN DASAR

Bagian Kesatu  
Jenis Pelayanan Dasar

Pasal 3

- (1) Jenis Pelayanan Dasar pada SPM Kesehatan pada KKPM terdiri atas:
  - a. pelayanan orang terduga tuberkulosis; dan
  - b. pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*), yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/*preventif*.
- (2) Pelayanan yang bersifat peningkatan/*promotif* dan pencegahan/*preventif* sebagaimana dimaksud pada ayat (3) mencakup:
  - a. peningkatan kesehatan;

- b. perlindungan spesifik;
- c. diagnosis dini dan pengobatan tepat;
- d. pencegahan kecacatan; dan
- e. rehabilitasi.

## Bagian Kedua Penerima Pelayanan Dasar

### Pasal 4

Penerima pelayanan dasar pada KKPM antara lain:

- a. Orang terduga tuberkulosis; dan
- b. Orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*Human Immunodeficiency Virus*).

## BAB IV INDIKATOR DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL KESEHATAN

### Pasal 5

- (1) Setiap jenis Pelayanan Dasar pada KKPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 mempunyai indikator dan standar pelayanan yang harus dipenuhi oleh KKPM yang menerapkan BLUD UPTD Dinas Kesehatan.
- (2) Indikator dan standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berfungsi sebagai batasan layanan minimal yang seharusnya dipenuhi oleh KKPM.



- (3) Indikator dan standar pelayanan wajib dilaksanakan oleh KKPM untuk meningkatkan pelayanan Kesehatan kepada masyarakat.
- (4) Pejabat struktural di lingkungan KKPM bertanggungjawab terhadap penerapan dan pencapaian indikator dan standar pelayanan sesuai dengan kewenangannya masing-masing.
- (5) Jenis Layanan yang diterapkan SPM Kesehatan pada KKPM antara lain:
  1. Layanan Rekam Medis
  2. Layanan Rawat Jalan;
  3. Layanan Gawat Darurat;
  4. Layanan Rawat Inap;
  5. Layanan Tindakan Medik;
  6. Layanan Tindakan Medik Operasi;
  7. Layanan Rehabilitasi Medik;
  8. Layanan Radiologi
  9. Layanan Laboratorium;
  10. Layanan Konsultasi dan Pemeriksaan;
  11. Layanan Farmasi;
  12. Layanan Penunjang Non Medik;
  13. Layanan Rawat Rumah (*Home Care*);
  14. Layanan Sumber Daya Manusia Kesehatan kepada Pihak Lain;
  15. Layanan Atas Penggunaan Aset oleh Pihak Lain.
  16. Administrasi manajemen;
  17. Pelayanan pemeliharaan sarana;
  18. Pencegahan dan pengendalian infeksi;
- (6) Jenis Layanan sebagaimana dimaksud pada ayat (5), Indikator, dan SPM Kesehatan serta Uraian SPM Kesehatan pada KKPM

sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB V  
TARGET DAN WAKTU PENCAPAIAN  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
KESEHATAN

Pasal 6

- (1) Setiap jenis pelayanan KKPM memuat target dan waktu dan pencapaian SPM Kesehatan
- (2) Target dan waktu pencapaian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disusun dengan memperhatikan data dasar dan kemampuan KKPM yang mencerminkan ketersediaan keuangan dan sumber daya yang ada, serta memperhatikan target SPM nasional
- (3) Penyusunan target dan waktu pencapaian SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), guna menjadi acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing bidang pelayanan agar menjadi dasar dalam melakukan evaluasi.

BAB VI  
PELAPORAN

Pasal 7

- (1) Kepala KKPM Menyusun laporan penerapan dan pencapaian SPM Kesehatan KKPM setiap tahun.

- (2) Laporan penerapan dan pencapaian SPM Kesehatan KKPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan kepada kepala Dinas Kesehatan paling lambat akhir januari tahun berikutnya.
- (3) Laporan penerapan dan pencapaian SPM Kesehatan KKPM guna pembinaan dan bahan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM Kesehatan KKPM.

## BAB VII PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

### Pasal 8

- (1) Bupati melaksanakan pembinaan dan pengawasan Penerapan SPM Kesehatan KKPM melalui kepala Dinas Kesehatan.
- (2) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur mengenai pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan pemerintahan daerah.
- (3) Guna mendukung pembinaan penerapan SPM Kesehatan KKPM, Dinas Kesehatan wajib memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di KKPM sesuai dengan SPM Kesehatan.
- (4) Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis dan pelatihan meliputi:

- a. Perhitungan kebutuhan pelayanan Kesehatan sesuai SPM Kesehatan;
- b. Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target.
- c. Penilaian pengukuran kinerja; dan
- d. Penyusunan laporan kinerja dalam penyelenggaraan pemenuhan SPM Kesehatan.

## BAB VIII KETENTUAN PENUTUP

### Pasal 9

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Banyumas.

Ditetapkan di Purwokerto  
pada tanggal **07 SEP 2023**  
BUPATI BANYUMAS,  
ttd

ACHMAD HUSEIN



LAMPIRAN  
PERATURAN BUPATI BANYUMAS  
NOMOR 63 TAHUN 2023  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
KESEHATAN BADAN LAYANAN  
UMUM DAERAH UNIT  
PELAKSANA TEKNIS DAERAH  
PADA DINAS KESEHATAN KLINIK  
UTAMA KESEHATAN PARU  
MASYARAKAT KELAS A

JENIS LAYANAN, INDIKATOR,  
DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL KESEHATAN  
KLINIK UTAMA KESEHATAN PARU MASYARAKAT KELAS A

| No. | JENIS LAYANAN       | INDIKATOR                                                                    | STANDAR PELAYANAN MINIMAL KESEHATAN                                                                        |
|-----|---------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | REKAM MEDIK (RM)    | Kelengkapan pengisian RM 24 jam setelah selesai pelayanan                    | 100%                                                                                                       |
|     |                     | Kelengkapan <i>Informed Consent</i> setelah mendapatkan informasi yang jelas | 100%                                                                                                       |
|     |                     | Waktu menyediakan dokumen RM pelayanan rawat jalan                           | ≤ 10 menit                                                                                                 |
|     |                     | Waktu menyediakan dokumen RM pelayanan rawat inap                            | ≤ 15 menit                                                                                                 |
| 2.  | LAYANAN RAWAT JALAN | Dokter Pemberi Pelayanan di PoliKlinik                                       | 100%                                                                                                       |
|     |                     | Ketersediaan Pelayanan                                                       | 1. Klinik TB<br>2. Klinik NonTB<br>Klinik Spesialis Paru                                                   |
|     |                     | Jam Buka Pelayanan                                                           | Setiap Hari Kerja:<br>Senin – Kamis Pk. 07.30 – 14.00<br>Jumat Pk. 07.15– 11.00<br>Sabtu Pk. 07.15 – 12.30 |
|     |                     | Waktu Tunggu di Rawat Jalan                                                  | ≤ 90 menit                                                                                                 |
|     |                     | Kepuasan Pelanggan                                                           | ≥ 76,61%                                                                                                   |
|     |                     | Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan                                   | ≥ 60%                                                                                                      |

|    |                                |                                                                          |                                                                                         |
|----|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                | 8. Kejadian Pulang Paksa                                                 | ≤ 5%                                                                                    |
|    |                                | 9. Kepuasan Pelanggan                                                    | ≥ 76,61%                                                                                |
|    |                                | 10. Rawat Inap TB:                                                       |                                                                                         |
|    |                                | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB             | ≥ 60%<br>≥ 60%                                                                          |
| 5. | LAYANAN TINDAKAN MEDIK         | b. Terlaksananya kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB                    |                                                                                         |
|    |                                | 1. Waktu tunggu tindakan                                                 | ≤ 2hari                                                                                 |
|    |                                | 2. Pelaksana tindakan                                                    | 1. Dokter Sp. Paru<br>2. Dokter umum atas pendelegasian kewenangan dari dokter Sp. Paru |
|    |                                | 3. Kejadian infeksi pasca tindakan                                       | ≤ 1%                                                                                    |
|    |                                | 4. Tidak adanya kejadian tindakan salah posisi                           | 100%                                                                                    |
| 6. | LAYANAN TINDAKAN MEDIK OPERASI | 5. Tidak adanya kejadian tindakan salah orang                            | 100%                                                                                    |
|    |                                | 1. Waktu tunggu tindakan <i>pungsi pleura</i> /WSD                       | ≤ 2hari                                                                                 |
|    |                                | 2. Pelaksana tindakan <i>pungsi pleura</i> /WSD                          | Dokter Sp. Paru                                                                         |
|    |                                | 3. Kejadian infeksi pasca tindakan <i>pungsi pleura</i> /WSD             | ≤ 1%                                                                                    |
|    |                                | 4. Tidak adanya kejadian tindakan <i>pungsi pleura</i> /WSD salah posisi | 100%                                                                                    |
|    |                                | 5. Tidak adanya kejadian tindakan <i>pungsi pleura</i> /WSD salah orang  | 100%                                                                                    |
| 7. | LAYANAN REHABILITASI MEDIK     | 1. Waktu tunggu tindakan                                                 | ≤ 2 jam                                                                                 |
|    |                                | 2. Pelaksana                                                             | Fisioterapis                                                                            |

|     |                                    |                                                                    |                                                                                                            |
|-----|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                    | tindakan                                                           |                                                                                                            |
|     |                                    | 3. Tidak adanya kejadian tindakan salah posisi                     | 100%                                                                                                       |
|     |                                    | 4. Tidak adanya kejadian tindakan salah orang                      | 100%                                                                                                       |
| 8.  | LAYANAN RADIOLOGI                  | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto                 | ≤ 3 jam                                                                                                    |
|     |                                    | 2. Pelaksana ekspertisi                                            | Dokter Sp Radiologi                                                                                        |
|     |                                    | 3. Kejadian kegagalan pelayanan <i>Rontgen</i>                     | Kerusakan foto ≤ 2%                                                                                        |
|     |                                    | 4. Kepuasan Pelanggan                                              | ≥ 76,61%                                                                                                   |
| 9.  | LAYANAN LABORATORIUM               | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan Laboratorium                       | Kimia darah dan darah rutin ≤ 140 menit<br>Mikroskopis BTA ≤ 2 jam                                         |
|     |                                    | 2. Pelaksana ekspertisi                                            | Dokter Sp.PK                                                                                               |
|     |                                    | 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium | 100%                                                                                                       |
|     |                                    | 4. Kepuasan Pelanggan                                              | ≥ 76,61%                                                                                                   |
| 10. | LAYANAN KONSULTASI DAN PEMERIKSAAN | 1. Dokter Pemberi Pelayanan konsultasi dan pemeriksaan             | 100%                                                                                                       |
|     |                                    | 2. Ketersediaan Pelayanan konsultasi dan pemeriksaan               | Ruang konsultasi                                                                                           |
|     |                                    | 3. Jam Buka Pelayanan konsultasi dan pemeriksaan                   | Setiap Hari Kerja:<br>Senin – Kamis Pk. 07.30 – 14.00<br>Jumat Pk. 07.15– 11.00<br>Sabtu Pk. 07.15 – 12.30 |
|     |                                    | 4. Waktu Tunggu di konsultasi dan pemeriksaan                      | ≤ 90 menit                                                                                                 |
|     |                                    | 5. Kepuasan Pelanggan                                              | ≥ 76,61%                                                                                                   |
|     |                                    | 1. Waktu tunggu pelayanan obat                                     | Obat jadi ≤ 30 menit<br>Obat racikan ≤ 60 menit                                                            |
|     |                                    | 2. Tidak adanya                                                    | 100%                                                                                                       |



|     |                                                         |                                                            |                                  |
|-----|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 11. | LAYANAN FARMASI                                         | kejadian kesalahan pemberian obat                          |                                  |
|     |                                                         | 3. Kepuasan Pelanggan                                      | ≥ 76,61%                         |
|     |                                                         | 4. Penulisan Resep sesuai Formularium                      | 100%<br>Generik 80%<br>Paten 20% |
| 12. | PELAYANAN PENUNJANG NON MEDIS                           | 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang                 | 100%                             |
|     |                                                         | 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap | 100%                             |
| 13. | LAYANAN RAWAT RUMAH (AMBULANS)                          | 1. Waktu pelayanan ambulans                                | 24 Jam                           |
|     |                                                         | 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulans                 | ≤ 30 menit                       |
| 14. | LAYANAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN KEPADA PIHAK LAIN | 1. Semua mitra terlayani                                   | 100%                             |
|     |                                                         | 2. Waktu tunggu terlayani                                  | ≤ 1 minggu                       |
| 15. | LAYANAN ATAS PENGGUNAAN ASET OLEH PIHAK LAIN            | 1. Semua mitra terlayani                                   | 100%                             |
|     |                                                         | 2. Waktu tunggu terlayani                                  | ≤ 1 minggu                       |
| 16. | ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN                              | 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan pimpinan     | 100%                             |
|     |                                                         | 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja               | 100%                             |
|     |                                                         | 3. Ketepatan waktu usulan kenaikan pangkat                 | 100%                             |
|     |                                                         | 4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala                 | 100%                             |
|     |                                                         | 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun | ≥ 60%                            |
|     |                                                         | 6. <i>Cost recovery</i>                                    | ≥ 40%                            |



|     |                                           |                                                                                                                                   |                                   |
|-----|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
|     |                                           | 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan                                                                                    | 100%                              |
|     |                                           | 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap                                                          | ≤ 2 Jam                           |
|     |                                           | 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu                                                          | 100%                              |
| 17. | PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA             | 1. Kecepatan waktu menanggapi alat                                                                                                | ≤ 80%                             |
|     |                                           | 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat                                                                                              | 100%                              |
|     |                                           | 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | 100%                              |
| 18. | PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) | 1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih                                                                                              | Anggota Tim PPI yang terlatih 75% |
|     |                                           | 2. Tersedia APD di setiap unit/instalasi                                                                                          | 60%                               |
|     |                                           | 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di KKPM (minimal 1 parameter)                                             | 75%                               |

B. URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL KESEHATAN

I. REKAM MEDIK

- 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 di isi 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 <i>resume</i> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Numerator                  | Jumlah rekam medik yang di survei dalam satu bulan yang di isi lengkap                                                                                                                                                                                                                                             |
| Denominator                | Jumlah rekam medik yang di survei dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Sumber Data                | Survei                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Standar                    | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab rekam medik                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

2. 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 medic 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 yang mendapatkan tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam satu bulan                  |
| Denominator                | Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medik yang disurvei dalam satu bulan                                                                                                |
| Sumber Data                | Survei                                                                                                                                                                      |
| Standar                    | 100%                                                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab rekam medik                                                                                                                                                |



3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan                                                                                                                                                                                           |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas, kenyamanan, efisiensi                                                                                                                                                                                                                   |
| Tujuan                     | Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan                                                                                                                                                                                             |
| Definisi Operasional       | Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ditemukan oleh petugas. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                              |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                              |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif waktu penyediaan dokumen rekam medik sampel rawat jalan yang diamati                                                                                                                                                                |
| Denominator                | Total sampel penyediaan dokumen rekam medik yang diamati (N tidak kurang dari 100)                                                                                                                                                                   |
| Sumber Data                | Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medik untuk pasien lama                                                                                                                                    |
| Standar                    | Rerata $\leq 10$ menit                                                                                                                                                                                                                               |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab rekam medik                                                                                                                                                                                                                         |

4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                                                                                                                                                                                                                                             |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas, kenyamanan, efisiensi                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Tujuan                     | Tergambarnya kecepatan pelayanan pelayanan rekam medik rawat inap                                                                                                                                                                                                                                     |
| Definisi Operasional       | Dokumen rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medik pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif waktu penyediaan dokumen rekam medik rawat inap yang                                                                                                                                                                                                                                 |

|                  |                                                          |
|------------------|----------------------------------------------------------|
|                  | diamati                                                  |
| Denominator      | Total penyediaan dokumen rekam medik yang diamati        |
| Sumber Data      | Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan |
| Standar          | Rerata $\leq 15$ menit                                   |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab rekam medik                             |

## II. PELAYANAN RAWAT JALAN

### 1. 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 KKPM yang dilayani oleh dokter spesialis |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                          |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                          |
| Numerator                  | Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan     |
| Denominator                | Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan                                       |
| Sumber Data                | Register rawat jalan klinik speialis                                                             |
| Standar                    | 100%                                                                                             |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab rawat jalan                                                                     |

### 2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

|                            |                                                                                           |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Ketersediaan pelayanan rawat jalan                                                        |
| Dimensi Mutu               | Akses                                                                                     |
| Tujuan                     | Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di KKPM       |
| Definisi Operasional       | Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di KKPM |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                   |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                   |
| Numerator                  | Jenis Pelayanan Rawat Jalan Spesialistik yang ada                                         |
| Denominator                | Tidak ada                                                                                 |
| Sumber Data                | Register rawat jalan                                                                      |
| Standar                    | Minimal penyakit paru                                                                     |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab rawat jalan                                                              |



### 3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

|                            |                                                                                                                                                            |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Buka pelayanan sesuai ketentuan                                                                                                                            |
| Dimensi Mutu               | Akses                                                                                                                                                      |
| Tujuan                     | Tersedianya pelayanan rawat jalan pada hari kerja di KKPM                                                                                                  |
| Definisi Operasional       | Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis. Jam buka 07.30 s.d. 14.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at dan sabtu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                                    |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                                    |
| Numerator                  | Jumlah hari pelayanan rawat jalan yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan                                                                              |
| Denominator                | Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan dalam satu bulan                                                                                                 |
| Sumber Data                | Register rawat jalan                                                                                                                                       |
| Standar                    | 100%                                                                                                                                                       |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab rawat jalan                                                                                                                               |

### 4. Waktu Tunggu Di Rawat Jalan

|                            |                                                                                                                 |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Waktu tunggu di rawat jalan                                                                                     |
| Dimensi Mutu               | Akses                                                                                                           |
| Tujuan                     | Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di KKPM yang 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 Analisis           | 3 bulan                                                                                                         |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei                                                  |
| Denominator                | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei                                                                 |
| Sumber Data                | Survei pasien rawat jalan                                                                                       |
| Standar                    | ≤ 90 menit                                                                                                      |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Rawat Jalan/Tim Mutu/Panitia Mutu                                                              |

### 5. 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 Analisis           | Tiga bulan sekali                                                           |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei |
| Denominator                | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei<br>(Minimal n = 50)         |
| Sumber Data                | Survei                                                                      |
| Standar                    | ≥ 76,61%                                                                    |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Rawat Jalan/Tim Mutu/Panitia Mutu                          |

6. Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis TB/TCM

|                                 |                                                                                            |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                           | Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB                                  |
| Dimensi Mutu                    | Efektivitas dan Keselamatan                                                                |
| Tujuan                          | Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB/TCM                          |
| Definisi Operasional            | Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan             |
| Frekuensi Pengumpulan Data      | 3 bulan                                                                                    |
| Periode Analisis                | 3 bulan                                                                                    |
| Numerator                       | Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB/TCM di KKPM dalam 3 bulan |
| Denominator                     | Jumlah penegakan diagnosis TB di KKPM dalam tiga bulan                                     |
| Sumber Data                     | Rekam Medik                                                                                |
| Standar                         | 60%                                                                                        |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab rawat jalan                                                               |

7. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB

|                            |                                                                           |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB                                      |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas                                                               |
| Tujuan                     | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di KKPM                      |
| Definisi Operasional       | Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke KKPM |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 bulan                                                                   |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                   |
| Numerator                  | Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan          |
| Denominator                | Seluruh kasus TB rawat jalan di KKPM                                      |



|                  |                              |
|------------------|------------------------------|
| Sumber Data      | Rekam Medik                  |
| Standar          | 60%                          |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab rawat jalan |

III. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani *life saving* anak dan dewasa

|                            |                                                                                                            |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kemampuan menangani <i>life saving</i> anak dan dewasa                                                     |
| Dimensi Mutu               | Keselamatan                                                                                                |
| Tujuan                     | Tergambarnya kemampuan KKPM dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat                                       |
| Definisi Operasional       | <i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan                                                                                               |
| Periode Analisis           | Tiga bulan sekali                                                                                          |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat                      |
| Denominator                | Jumlah seluruh pasien yang datang ke Gawat Darurat yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i>           |
| Sumber Data                | Rekam Medik di Gawat Darurat                                                                               |
| Standar                    | 100%                                                                                                       |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab UGD                                                                                       |

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

|                            |                                                                                           |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Jam buka pelayanan gawat darurat                                                          |
| Dimensi Mutu               | Akses                                                                                     |
| Tujuan                     | Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 jam di KKPM                                        |
| Definisi Operasional       | Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan                                                                              |
| Periode Analisis           | 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                                                                                    |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab UGD                                                                      |

3. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan Yang Bersertifikat BTLS/PPGD

|       |                                          |
|-------|------------------------------------------|
| Judul | Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang |
|-------|------------------------------------------|



|                            |                                                                                                      |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | bersertifikat BTLS/PPGD                                                                              |
| Dimensi Mutu               | Kompetensi teknis                                                                                    |
| Tujuan                     | Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawat daruratan              |
| Definisi Operasional       | Tenaga kompeten pada Gawat Darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BTLS//PPGD |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan                                                                                         |
| Periode Analisis           | Tiga bulan sekali                                                                                    |
| Numerator                  | Jumlah tenaga yang bersertifikat BTLS/PPGD                                                           |
| Denominator                | Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan                                            |
| Sumber Data                | Kepegawaian                                                                                          |
| Standar                    | 100%                                                                                                 |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab UGD                                                                                 |

#### 4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

|                            |                                                                                                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Ketersediaan tim penanggulangan bencana                                                                                                                        |
| Dimensi Mutu               | Keselamatan dan efektivitas                                                                                                                                    |
| Tujuan                     | Kesiagaan KKPM untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana                                                                                               |
| Definisi Operasional       | Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di KKPM dengan tujuan memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga bulan sekali                                                                                                                                              |
| Periode Analisis           | Tiga bulan sekali                                                                                                                                              |
| Numerator                  | Jumlah tim penanggulangan bencana di KKPM                                                                                                                      |
| Denominator                | Tidak ada                                                                                                                                                      |
| Sumber Data                | Unit Gawat Darurat                                                                                                                                             |
| Standar                    | Satu Tim                                                                                                                                                       |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab UGD                                                                                                                                           |

#### 5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

|                      |                                                                                                         |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                | Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat                                                         |
| Dimensi Mutu         | Keselamatan dan efektivitas                                                                             |
| Tujuan               | Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat          |
| Definisi Operasional | Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter |
| Frekuensi            | Setiap bulan                                                                                            |

|                  |                                                                                                                          |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pengumpulan Data |                                                                                                                          |
| Periode Analisis | Tiga bulan sekali                                                                                                        |
| Numerator        | Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter |
| Denominator      | Jumlah seluruh pasien yang disampling (Minimal n = 50)                                                                   |
| Sumber Data      | <i>Sample</i>                                                                                                            |
| Standar          | ≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang                                                                                |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab UGD/Tim Mutu/Panitia Mutu                                                                               |

#### 6. 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 Analisis           | Tiga bulan sekali                                                                       |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvei           |
| Denominator                | Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survei (Minimal n = 50)                     |
| Sumber Data                | Survei                                                                                  |
| Standar                    | ≥ 76,61%                                                                                |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab UGD/Tim Mutu/Panitia Mutu                                              |

#### 7. Kematian Pasien ≤ 24 Jam Di Gawat Darurat

|                            |                                                                                                |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kematian pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat                                                      |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas dan Keselamatan                                                                    |
| Tujuan                     | Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat           |
| Definisi Operasional       | Kematian pasien ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga bulan                                                                                     |
| Periode Analisis           | Tiga bulan                                                                                     |
| Numerator                  | Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang                        |
| Denominator                | Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat                                          |
| Sumber Data                | Rekam Medik                                                                                    |



|                  |                      |
|------------------|----------------------|
| Standar          | ≤ 2 per seribu       |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab UGD |

8. 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 KKPM sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiga bulan                                                                                                             |
| Periode Analisis           | Tiga bulan                                                                                                             |
| Numerator                  | Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka                                                              |
| Denominator                | Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat darurat                                                                     |
| Sumber Data                | Survei                                                                                                                 |
| Standar                    | 100%                                                                                                                   |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab UGD                                                                                                   |

IV. PELAYANAN RAWAT INAP

1. 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 Tim Pelayanan Rawat Inap yang terdiri dari dokter spesialis paru, dokter umum dan perawat yang terlatih |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                     |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                     |
| Numerator                  | Tersedianya tim dokter spesialis paru, dokter umum dan perawat yang terlatih                                                                |
| Denominator                | Tidak ada                                                                                                                                   |
| Sumber Data                | Kepegawaian dan Rekam Medik                                                                                                                 |
| Standar                    | Tersedia                                                                                                                                    |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Rawat Inap/Tim Mutu/Panitia Mutu                                                                                           |



## 2. 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 dengan kebutuhan pasien |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                       |
| Periode Analisis           | 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 Medik                                                                                                                   |
| Standar                    | 100%                                                                                                                          |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab rawat inap                                                                                                   |

## 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap

|                            |                                                                                         |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Ketersediaan pelayanan rawat inap                                                       |
| Dimensi Mutu               | Akses                                                                                   |
| Tujuan                     | Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di KKPM                   |
| Definisi Operasional       | Pelayanan rawat inap adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien tirah baring di KKPM |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 bulan                                                                                 |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                 |
| Numerator                  | Jenis pelayanan rawat inap spesialisik yang ada                                         |
| Denominator                | Tidak ada                                                                               |
| Sumber Data                | Register rawat inap                                                                     |
| Standar                    | Minimal spesialis paru                                                                  |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab rawat inap                                                             |

## 4. 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 pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 |

|                            |                                                                                   |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan                                                                      |
| Periode Analisis           | Setiap tiga bulan sekali                                                          |
| Numerator                  | Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei |
| Denominator                | Jumlah pelaksanaan visite spesialis yang disurvei                                 |
| Sumber Data                | Survei                                                                            |
| Standar                    | 100%                                                                              |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Rawat Inap/Tim Mutu/Panitia Mutu                                 |

5. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial

|                            |                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Angka kejadian infeksi nosokomial                                                                                                                                                    |
| Dimensi Mutu               | Keselamatan pasien                                                                                                                                                                   |
| Tujuan                     | Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial KKPM                                                                                                                                |
| Definisi Operasional       | Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami pasien yang diperoleh selama dirawat di KKPM yang meliputi <i>decubitus</i> , <i>phlebitis</i> , <i>sepsis</i> , infeksi luka operasi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan                                                                                                                                                                         |
| Periode Analisis           | Setiap tiga bulan sekali                                                                                                                                                             |
| 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%                                                                                                                                                                               |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Rawat Inap/Tim Mutu/Panitia Mutu                                                                                                                                    |

6. 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 dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb., yang berakibat kecacatan atau kematian |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap bulan                                                                                                                                                          |
| Periode Analisis           | Tiap bulan                                                                                                                                                          |
| Numerator                  | Jumlah pasien yang dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian                                            |



|                  |                                               |
|------------------|-----------------------------------------------|
| Denominator      | Jumlah pasien rawat inap dalam bulan tersebut |
| Sumber Data      | Rekam Medik, laporan keselamatan pasien       |
| Standar          | 100%                                          |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab rawat inap                   |

7. Kematian Pasien > 48 Jam

|                            |                                                                                                                   |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kematian pasien > 48 jam                                                                                          |
| Dimensi Mutu               | Keselamatan dan efektivitas                                                                                       |
| Tujuan                     | Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di KKPM yang aman dan efektif                                            |
| Definisi Operasional       | Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk KKPM |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                           |
| Periode Analisis           | 1 bulan                                                                                                           |
| Numerator                  | Jumlah kejadian kematian pasien > 48 jam dalam satu bulan                                                         |
| Denominator                | Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan                                                                 |
| Sumber Data                | Rekam Medik                                                                                                       |
| Standar                    | $\leq 0,24\% \leq 2,4/1000$ (Internasional), (NDR $\leq 25/1000$ , Indonesia)                                     |
| Penanggung jawab           | Tim Mutu/Panitia Mutu                                                                                             |

8. Kejadian Pulang Paksa

|                            |                                                                                                                    |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kejadian pulang paksa                                                                                              |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas, kesinambungan pelayanan                                                                               |
| Tujuan                     | Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan KKPM                                                  |
| 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 Medik                                                                                                        |
| Standar                    | $\leq 5\%$                                                                                                         |
| Penanggung jawab           | Tim Mutu/Panitia Mutu                                                                                              |

9. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Inap

|              |                                    |
|--------------|------------------------------------|
| Judul        | Kepuasan Pelanggan pada rawat inap |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan                         |



|                            |                                                                                         |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Tujuan                     | Terselenggaranya pelayanan rawat inap yang mampu memberikan kepuasan pelanggan          |
| Definisi Operasional       | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan                                                                            |
| Periode Analisis           | Tiga bulan sekali                                                                       |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat inap yang disurvei              |
| Denominator                | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei<br>(Minimal n = 50)                      |
| Sumber Data                | Survei                                                                                  |
| Standar                    | ≥ 76,61%                                                                                |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Rawat Jalan/Tim Mutu/Panitia Mutu                                      |

10. Penegakan Diagnosis TB Melalui Pemeriksaan Mikroskopis 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 TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap          |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 bulan                                                                                |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                |
| Numerator                  | Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di KKPM dalam 3 bulan |
| Denominator                | Jumlah penegakan diagnosis TB di KKPM dalam tiga bulan                                 |
| Sumber Data                | Rekam Medik                                                                            |
| Standar                    | 60%                                                                                    |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab rawat inap                                                            |

11. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan TB

|                            |                                                                          |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan TB                                     |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas                                                              |
| Tujuan                     | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di KKPM                     |
| Definisi Operasional       | Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke KKPM |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 bulan                                                                  |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                  |
| Numerator                  | Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang                                 |

|                  |                                      |
|------------------|--------------------------------------|
|                  | dicatat dan dilaporkan               |
| Denominator      | Seluruh kasus TB rawat jalan di KKPM |
| Sumber Data      | Rekam Medik                          |
| Standar          | 60%                                  |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab rawat inap          |

V. PELAYANAN TINDAKAN MEDIK

1. Waktu Tunggu Pelayanan Tindakan Medik

|                            |                                                                                                                                   |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Waktu tunggu pelayanan tindakan medik                                                                                             |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                   |
| Tujuan                     | Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan tindakan medik                                                                |
| Definisi Operasional       | Waktu tunggu pelayanan tindakan medik adalah tenggang waktu mulai pasien didaftar sampai dengan dilakukan tindakan tindakan medik |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                           |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                           |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan tindakan medik dalam satu bulan                                                           |
| Denominator                | Jumlah pasien yang dilakukan tindakan medik dalam bulan tersebut                                                                  |
| Sumber Data                | Rekam Medik                                                                                                                       |
| Standar                    | ≤ 2 hari                                                                                                                          |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Pelayanan Tindakan                                                                                               |

2. Pelaksana Tindakan medik

|                            |                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Pelaksana Tindakan Medik                                                                                                                                                                             |
| Dimensi Mutu               | Kompetensi teknis                                                                                                                                                                                    |
| Tujuan                     | Tersedianya pelayanan tindakan medik oleh tenaga yang kompeten                                                                                                                                       |
| Definisi Operasional       | Pelaksana tindakan medik adalah dokter spesialis paru yang mempunyai kewenangan dan atau dokter umum yang diberi pendelegasian kewenangan oleh dokter spesialis paru untuk melakukan tindakan medik. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                                                                              |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                                                                              |
| Numerator                  | Jumlah tindakan medik oleh dokter spesialis paru dalam satu bulan                                                                                                                                    |
| Denominator                | Jumlah seluruh tindakan medik dalam satu bulan                                                                                                                                                       |
| Sumber Data                | Rekam Medik                                                                                                                                                                                          |



|                  |                                     |
|------------------|-------------------------------------|
| Standar          | 100%                                |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab Pelayanan Tindakan |

### 3. Kejadian Infeksi Paska Tindakan medik

|                            |                                                                                                           |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kejadian Infeksi paska tindakan medik                                                                     |
| Dimensi Mutu               | Keselamatan, efektivitas                                                                                  |
| Tujuan                     | Tergambarnya efektivitas pelayanan tindakan medik dan kepedulian terhadap keselamatan pasien              |
| Definisi Operasional       | Kejadian infeksi paska tindakan medik adalah Infeksi yang dialami pasien setelah dilakukan tindakan medik |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                   |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                   |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan tindakan medik dalam satu bulan                                   |
| Denominator                | Jumlah pasien yang dilakukan tindakan medik dalam bulan tersebut                                          |
| Sumber Data                | Rekam Medik                                                                                               |
| Standar                    | ≤ 2 hari                                                                                                  |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Pelayanan Tindakan                                                                       |

### 4. Kepuasan Pelanggan Pada Tindakan Medis

|                            |                                                                                         |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kepuasan Pelanggan pada tindakan medis                                                  |
| Dimensi Mutu               | Kenyamanan                                                                              |
| Tujuan                     | Terselenggaranya pelayanan tindakan medis yang mampu memberikan kepuasan pelanggan      |
| Definisi Operasional       | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan                                                                            |
| Periode Analisis           | Tiga bulan sekali                                                                       |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat inap yang disurvei              |
| Denominator                | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei<br>Minimal n = 50)                       |
| Sumber Data                | Survei                                                                                  |
| Standar                    | ≥ 76,61%                                                                                |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Pelayanan Tindakan                                                     |

### 5. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Tindakan Medis

|              |                                                  |
|--------------|--------------------------------------------------|
| Judul        | Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tindakan Medis |
| Dimensi Mutu | Efektivitas                                      |



|                            |                                                                           |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Tujuan                     | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan tindakan medis di KKPM          |
| Definisi Operasional       | Pencatatan dan pelaporan semua pasien tindakan medis yang berobat di KKPM |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 bulan                                                                   |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                   |
| Numerator                  | Jumlah seluruh pasien tindakan medis yang dicatat dan dilaporkan          |
| Denominator                | Seluruh kasus yang perlu tindakan di KKPM                                 |
| Sumber Data                | Rekam Medik                                                               |
| Standar                    | 60%                                                                       |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab rawat inap                                               |

VI. PELAYANAN TINDAKAN MEDIK OPERASI

1. Waktu Tunggu Pelayanan Tindakan Medik Operasi

|                            |                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Waktu tunggu pelayanan tindakan medik operasi ( <i>pungsi pleura/WSD/Biopsi</i> )                                                                                                                                |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                                                                                                  |
| Tujuan                     | Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan tindakan medik operasi ( <i>pungsi pleura/WSD/Biopsi</i> )                                                                                                   |
| Definisi Operasional       | Waktu tunggu pelayanan tindakan medik operasi ( <i>pungsi pleura/WSD/Biopsi</i> ) adalah tenggang waktu mulai pasien didaftar sampai dengan dilakukan tindakan medik operasi ( <i>pungsi pleura/WSD/Biopsi</i> ) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                                                                                          |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                                                                                          |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan tindakan medik operasi ( <i>pungsi pleura/WSD/Biopsi</i> ) dalam satu bulan                                                                                              |
| Denominator                | Jumlah pasien yang dilakukan tindakan medik operasi ( <i>pungsi pleura/WSD/Biopsi</i> ) dalam bulan tersebut                                                                                                     |
| Sumber Data                | Rekam Medik                                                                                                                                                                                                      |
| Standar                    | ≤ 2 hari                                                                                                                                                                                                         |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Pelayanan Tindakan                                                                                                                                                                              |

2. Pelaksana Tindakan medik operasi (*pungsi pleura/WSD/Biopsi*)

|              |                                                                            |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Judul        | Pelaksana Tindakan Medis medik operasi ( <i>pungsi pleura/WSD/Biopsi</i> ) |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis                                                          |
| Tujuan       | Tersedianya pelayanan tindakan medis oleh tenaga yang kompeten             |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definisi Operasional       | Pelaksana tindakan medik operasi ( <i>pungsi pleura/WSD/Biopsi</i> ) adalah dokter spesialis paru yang mempunyai kewenangan dan atau dokter umum yang diberi pendelegasian kewenangan oleh dokter spesialis paru untuk melakukan tindakan medik operasi ( <i>pungsi pleura/WSD/Biopsi</i> ) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Numerator                  | Jumlah tindakan medik operasi ( <i>pungsi pleura/WSD/Biopsi</i> ) oleh dokter spesialis paru dalam satu bulan                                                                                                                                                                               |
| Denominator                | Jumlah seluruh tindakan medik operasi ( <i>pungsi pleura/WSD/Biopsi</i> ) dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                  |
| Sumber Data                | Rekam Medik                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Standar                    | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Pelayanan Tindakan                                                                                                                                                                                                                                                         |

3. Kejadian Infeksi Paska Tindakan medik operasi (*pungsi pleura/WSD/Biopsi*)

|                            |                                                                                                                                                                            |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kejadian Infeksi paska tindakan medik operasi ( <i>pungsi pleura/WSD/Biopsi</i> )                                                                                          |
| Dimensi Mutu               | Keselamatan, efektivitas                                                                                                                                                   |
| Tujuan                     | Tergambarnya efektivitas pelayanan tindakan medik operasi ( <i>pungsi pleura/WSD/Biopsi</i> ) dan kepedulian terhadap keselamatan pasien                                   |
| Definisi Operasional       | Kejadian infeksi paska tindakan medik operasi ( <i>pungsi pleura/WSD/Biopsi</i> ) adalah Infeksi yang dialami pasien setelah dilakukan tindakan <i>pungsi pleura/WSD</i> . |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                                                    |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                                                    |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan tindakan medik operasi ( <i>pungsi pleura/WSD/Biopsi</i> ) dalam satu bulan                                                        |
| Denominator                | Jumlah pasien yang dilakukan tindakan medik operasi ( <i>pungsi pleura/WSD/Biopsi</i> ) dalam bulan tersebut                                                               |
| Sumber Data                | Rekam Medik                                                                                                                                                                |
| Standar                    | ≤ 2 hari                                                                                                                                                                   |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Pelayanan Tindakan                                                                                                                                        |

4. Kepuasan Pelanggan Pada Tindakan Medis

|              |                                        |
|--------------|----------------------------------------|
| Judul        | Kepuasan Pelanggan pada tindakan medis |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan                             |



|                            |                                                                                         |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Tujuan                     | Terselenggaranya pelayanan tindakan medis yang mampu memberikan kepuasan pelanggan      |
| Definisi Operasional       | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan                                                                            |
| Periode Analisis           | Tiga bulan sekali                                                                       |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat inap yang disurvei              |
| Denominator                | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei<br>Minimal n = 50)                       |
| Sumber Data                | Survei                                                                                  |
| Standar                    | $\geq 76,61\%$                                                                          |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Pelayanan Tindakan                                                     |

#### 5. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Tindakan Medis

|                            |                                                                           |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tindakan Medis                          |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas                                                               |
| Tujuan                     | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan tindakan medis di KKPM          |
| Definisi Operasional       | Pencatatan dan pelaporan semua pasien tindakan medis yang berobat di KKPM |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 bulan                                                                   |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                   |
| Numerator                  | Jumlah seluruh pasien tindakan medis yang dicatat dan dilaporkan          |
| Denominator                | Seluruh kasus yang perlu tindakan di KKPM                                 |
| Sumber Data                | Rekam Medik                                                               |
| Standar                    | 60%                                                                       |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab rawat inap                                               |

### VII. PELAYANAN TINDAKAN REHABILITASI MEDIK

#### 1. Waktu Tunggu Pelayanan Tindakan Rehabilitasi Medik

|                      |                                                                                                                    |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                | Waktu tunggu pelayanan tindakan rehabilitasi medik                                                                 |
| Dimensi Mutu         | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                    |
| Tujuan               | Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan tindakan rehabilitasi medik                                    |
| Definisi Operasional | Waktu tunggu pelayanan tindakan medik adalah tenggang waktu mulai pasien didaftar sampai dengan dilakukan tindakan |



|                            |                                                                               |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
|                            | rehabilitasi medik                                                            |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                       |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                       |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan tindakan medik dalam satu bulan       |
| Denominator                | Jumlah pasien yang dilakukan tindakan rehabilitasi medik dalam bulan tersebut |
| Sumber Data                | Rekam Medik                                                                   |
| Standar                    | ≤ 2 hari                                                                      |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Pelayanan Tindakan                                           |

2. Pelaksana Tindakan medik

|                            |                                                                             |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Pelaksana Tindakan rehabilitasi medik                                       |
| Dimensi Mutu               | Kompetensi teknis                                                           |
| Tujuan                     | Tersedianya pelayanan tindakan rehabilitasi medik oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi Operasional       | Pelaksana tindakan rehabilitasi medik adalah fisioterapis                   |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                     |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                     |
| Numerator                  | Jumlah tindakan rehabilitasi medik dalam satu bulan                         |
| Denominator                | Jumlah seluruh tindakan rehabilitasi medik dalam satu bulan                 |
| Sumber Data                | Rekam Medik                                                                 |
| Standar                    | 100%                                                                        |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Pelayanan Tindakan                                         |

3. Kepuasan Pelanggan Pada Tindakan Medis

|                            |                                                                                                 |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kepuasan Pelanggan pada tindakan rehabilitasi medik                                             |
| Dimensi Mutu               | Kenyamanan                                                                                      |
| Tujuan                     | Terselenggaranya pelayanan tindakan rehabilitasi medik yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi Operasional       | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan         |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan                                                                                    |
| Periode Analisis           | Tiga bulan sekali                                                                               |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rehabilitasi medik yang disurvei              |
| Denominator                | Jumlah seluruh pasien rehabilitasi medik yang disurvei<br>Minimal n = 50)                       |
| Sumber Data                | Survei                                                                                          |

|                  |                                     |
|------------------|-------------------------------------|
| Standar          | ≥ 76,61%                            |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab Pelayanan Tindakan |

4. Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Tindakan rehabilitasi medik

|                            |                                                                                        |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tindakan rehabilitasi medik                          |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas                                                                            |
| Tujuan                     | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan tindakan rehabilitasi medik di KKPM          |
| Definisi Operasional       | Pencatatan dan pelaporan semua pasien tindakan rehabilitasi medik yang berobat di KKPM |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 bulan                                                                                |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                |
| Numerator                  | Jumlah seluruh pasien tindakan rehabilitasi medik yang dicatat dan dilaporkan          |
| Denominator                | Seluruh kasus yang perlu tindakan di KKPM                                              |
| Sumber Data                | Rekam Medik                                                                            |
| Standar                    | 60%                                                                                    |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab rehabilitasi medik                                                    |

VIII. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan *Thorax* Foto

|                            |                                                                                                                                                |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto                                                                                                |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                                |
| Tujuan                     | Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi                                                                                                     |
| Definisi Operasional       | Waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                        |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                        |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan <i>thorax</i> foto dalam satu bulan                                                              |
| Denominator                | Jumlah pasien yang di <i>thorax</i> foto dalam bulan tersebut                                                                                  |
| Sumber Data                | Rekam Medik                                                                                                                                    |
| Standar                    | ≤ 3 Jam                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab radiologi                                                                                                                     |

2. Pelaksana Ekpertisi Hasil Pemeriksaan *Rontgen*

|       |                                                       |
|-------|-------------------------------------------------------|
| Judul | Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan <i>rontgen</i> |
|-------|-------------------------------------------------------|



|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dimensi Mutu               | Kompetensi teknis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Tujuan                     | Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis                                                                                                                                                                                                                     |
| Definisi Operasional       | Pelaksana ekspertisi <i>rontgen</i> adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Numerator                  | Jumlah foto <i>rontgen</i> yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                                               |
| Denominator                | Jumlah seluruh pemeriksaan foto <i>rontgen</i> dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sumber Data                | Register di Unit Radiologi                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Standar                    | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab radiologi                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

3. Kejadian Kegagalan Pelayanan *Rontgen*

|                            |                                                                                  |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kejadian kegagalan pelayanan <i>rontgen</i>                                      |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas dan efisiensi                                                        |
| Tujuan                     | Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan <i>rontgen</i>                  |
| Definisi Operasional       | Kegagalan pelayanan <i>rontgen</i> 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 satu bulan                       |
| Denominator                | Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan                                 |
| Sumber Data                | Register di Unit Radiologi                                                       |
| Standar                    | ≤ 2%                                                                             |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab radiologi                                                       |

4. Kepuasan Pelanggan

|                      |                                                                               |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                | Kepuasan pelanggan                                                            |
| Dimensi Mutu         | Kenyamanan                                                                    |
| Tujuan               | Terselenggaranya pelayanan radiologi yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi Operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang                                            |

|                            |                                                                                       |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan                                  |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan                                                                          |
| Periode Analisis           | Tiga bulan sekali                                                                     |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien pada unit radiologi yang disurvei   |
| Denominator                | Jumlah seluruh pasien yang diperiksa di unit radiologi yang disurvei (minimal n = 50) |
| Sumber Data                | Survei                                                                                |
| Standar                    | ≥ 76,61%                                                                              |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Unit Radiologi/Tim Mutu/Panitia Mutu                                 |

IX. PELAYANAN LABORATORIUM

1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Tujuan                     | Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Definisi Operasional       | Pemeriksaan laboratorium yang dimasud 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 pemeriksaan yang sudah diekspertisi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang di survei dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                  |
| Denominator                | Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang di survei dalam bulan tersebut                                                                                                                                                                                                                   |
| Sumber Data                | Survei                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Standar                    | ≤ 140 menit (manual)                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Unit Laboratorium                                                                                                                                                                                                                                                                 |

2. Pelaksana Ekpertisi 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 pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis patologi Klinik pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Numerator                  | Jumlah hasil lab yang di verifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi Klinik dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                                                    |
| Denominator                | Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Sumber Data                | Register di Unit Laboratorium                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Standar                    | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Unit Laboratorium                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

### 3. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium

|                            |                                                                                                                               |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium                                                              |
| Dimensi Mutu               | Keselamatan pasien                                                                                                            |
| 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 dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan |
| Denominator                | Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut                                                             |
| Sumber Data                | Rekam Medik                                                                                                                   |
| Standar                    | 100%                                                                                                                          |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab laboratorium                                                                                                 |

4. Kepuasan Pelanggan

|                            |                                                                                                               |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kepuasan pelanggan                                                                                            |
| Dimensi Mutu               | Kenyamanan                                                                                                    |
| Tujuan                     | Terselenggaranya pelayanan laboratorium yang mampu memberikan kepuasan pelanggan                              |
| Definisi Operasional       | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan                       |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan                                                                                                  |
| Periode Analisis           | Tiga bulan sekali                                                                                             |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei (dalam persen) |
| Denominator                | Jumlah seluruh pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei (minimal n = 50)                           |
| Sumber Data                | Survei                                                                                                        |
| Standar                    | ≥ 76,61%                                                                                                      |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Rawat Jalan/Tim Mutu/Panitia Mutu                                                            |

X. LAYANAN KONSULTASI DAN PEMERIKSAAN

1. Pemberi Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan

|                            |                                                                                                                                                         |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Pemberi pelayanan konsultasi dan pemeriksaan                                                                                                            |
| Dimensi Mutu               | Kompetensi teknis                                                                                                                                       |
| Tujuan                     | Tersedianya Pelayanan konsultasi dan pemeriksaan oleh tenaga kesehatan yang kompeten                                                                    |
| Definisi Operasional       | Layanan konsultasi dan pemeriksaan adalah pemberian layanan konsultasi dan pemeriksaan di KKPM yang dilayani oleh tenaga kesehatan sesuai kompetensinya |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                                 |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                                 |
| Numerator                  | Jumlah hari buka dalam waktu satu bulan                                                                                                                 |
| Denominator                | Jumlah seluruh hari buka dalam satu bulan                                                                                                               |
| Sumber Data                | Register layanan konsultasi dan pemeriksaan                                                                                                             |
| Standar                    | 100%                                                                                                                                                    |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab pelayanan konsultasi dan pemeriksaan                                                                                                   |

2. Ketersediaan Pelayanan Konsultasi dan Pemeriksaan

|              |                                                   |
|--------------|---------------------------------------------------|
| Judul        | Ketersediaan pelayanan konsultasi dan pemeriksaan |
| Dimensi Mutu | Akses                                             |



|                            |                                                                                  |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Tujuan                     | Tersedianya jenis pelayanan konsultasi dan pemeriksaan                           |
| Definisi Operasional       | Pelayanan konsultasi dan pemeriksaan adalah pelayanan konsultasi dan pemeriksaan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                          |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                          |
| Numerator                  | Jenis Pelayanan konsultasi dan pemeriksaan yang ada                              |
| Denominator                | Tidak ada                                                                        |
| Sumber Data                | Register layanan konsultasi dan pemeriksaan                                      |
| Standar                    | Minimal penyakit paru                                                            |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab layanan konsultasi dan pemeriksaan                              |

3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

|                            |                                                                                                                                                                           |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Buka pelayanan sesuai ketentuan                                                                                                                                           |
| Dimensi Mutu               | Akses                                                                                                                                                                     |
| Tujuan                     | Tersedianya layanan konsultasi dan pemeriksaan pada hari kerja di KKPM                                                                                                    |
| Definisi Operasional       | Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan konsultasi dan pemeriksaan oleh tenaga spesialis. Jam buka 07.30 s.d. 14.00 setiap hari kerja kecuali Jum'at dan sabtu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                                                   |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                                                   |
| Numerator                  | Jumlah hari pelayanan yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan                                                                                                         |
| Denominator                | Jumlah seluruh hari pelayanan dalam satu bulan                                                                                                                            |
| Sumber Data                | Register                                                                                                                                                                  |
| Standar                    | 100%                                                                                                                                                                      |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab layanan konsultasi dan pemeriksaan                                                                                                                       |

4. Waktu Tunggu Di layanan konsultasi dan pemeriksaan

|                            |                                                                                                                        |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Waktu tunggu di layanan konsultasi dan pemeriksaan                                                                     |
| Dimensi Mutu               | Akses                                                                                                                  |
| Tujuan                     | Tersedianya layanan konsultasi dan pemeriksaan pada hari kerja di KKPM yang mudah dan cepat diakses oleh pasien        |
| Definisi Operasional       | Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani di layanan konsultasi dan pemeriksaan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                |

|                  |                                                                                |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Periode Analisis | 3 bulan                                                                        |
| Numerator        | Jumlah kumulatif waktu tunggu layanan konsultasi dan pemeriksaan yang disurvei |
| Denominator      | Jumlah seluruh pasien layanan konsultasi dan pemeriksaan yang disurvei         |
| Sumber Data      | Survei pasien layanan konsultasi dan pemeriksaan                               |
| Standar          | $\leq 90$ menit                                                                |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab layanan konsultasi dan pemeriksaan                            |

#### 5. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

|                            |                                                                                                    |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kepuasan pelanggan pada layanan konsultasi dan pemeriksaan                                         |
| Dimensi Mutu               | Kenyamanan                                                                                         |
| Tujuan                     | Terselenggaranya layanan konsultasi dan pemeriksaan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan       |
| Definisi Operasional       | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan            |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan                                                                                       |
| Periode Analisis           | Tiga bulan sekali                                                                                  |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien layanan konsultasi dan pemeriksaan yang disurvei |
| Denominator                | Jumlah seluruh pasien layanan konsultasi dan pemeriksaan yang disurvei (Minimal $n = 50$ )         |
| Sumber Data                | Survei                                                                                             |
| Standar                    | $\geq 76,61\%$                                                                                     |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab layanan konsultasi dan pemeriksaan                                                |

### XI. PELAYANAN FARMASI

#### 1. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi

|                            |                                                                                                                        |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Waktu tunggu pelayanan obat jadi                                                                                       |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas, 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                                       |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab Unit Farmasi                    |

2. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan

|                            |                                                                                                                              |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Waktu tunggu pelayanan obat racikan                                                                                          |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas, 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                                                                                                                   |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Unit Farmasi                                                                                                |

3. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

|                            |                                                                                                                                                     |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat                                                                                                      |
| Dimensi Mutu               | Keselamatan dan kenyamanan pasien                                                                                                                   |
| Tujuan                     | Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat                                                                                                |
| Definisi Operasional       | Kesalahan memberikan obat meliputi:<br>1. Salah dalam memberikan jenis obat<br>2. Salah dalam memberikan dosis<br>3. Salah orang<br>4. Salah jumlah |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                             |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                             |
| Numerator                  | Jumlah seluruh pasien di Unit Farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat                                 |
| Denominator                | Jumlah seluruh pasien di Unit Farmasi yang disurvei                                                                                                 |
| Sumber Data                | Survei                                                                                                                                              |

|                  |                               |
|------------------|-------------------------------|
| Standar          | 100%                          |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab Unit Farmasi |

4. Kepuasan Pelanggan

|                                 |                                                                                         |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                           | Kepuasan pelanggan                                                                      |
| Dimensi Mutu                    | Kenyamanan                                                                              |
| Tujuan                          | Terselenggaranya pelayanan rawat inap yang mampu memberikan kepuasan pelanggan          |
| Definisi Operasional            | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data      | Setiap bulan                                                                            |
| Periode Analisis                | Tiga bulan sekali                                                                       |
| Numerator                       | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien di Unit Farmasi yang disurvei         |
| Denominator                     | Jumlah seluruh pasien yang mendapatkan pelayanan farmasi yang disurvei (minimal n = 50) |
| Sumber Data                     | Survei                                                                                  |
| Standar                         | ≥ 76,61%                                                                                |
| Penanggung jawab pengumpul data | Penanggung jawab Rawat Jalan/Tim Mutu/Panitia Mutu                                      |

5. 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 KKPM                         |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                            |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                            |
| Numerator                  | Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam satu bulan  |
| Denominator                | Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (minimal n = 50) |
| Sumber Data                | Survei                                                                             |
| Standar                    | 100%                                                                               |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Unit Farmasi                                                      |



XII. PELAYANAN PENUNJANG NON MEDIS  
A. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak Adanya Kejadian Linen Yang Hilang

|                            |                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Tidak adanya kejadian linen yang hilang                        |
| Dimensi Mutu               | Efisiensi dan efektivitas                                      |
| Tujuan                     | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry           |
| Definisi Operasional       | Tidak ada                                                      |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                        |
| Periode Analisis           | 1 bulan                                                        |
| Numerator                  | Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam 1 bulan |
| Denominator                | Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut   |
| Sumber Data                | Survei                                                         |
| Standar                    | 100%                                                           |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Unit Laundry                                  |

2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap

|                            |                                                                                                                  |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap                                                                |
| Dimensi Mutu               | Efisiensi dan efektivitas                                                                                        |
| Tujuan                     | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry                                                             |
| 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%                                                                                                             |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Unit Laundry                                                                                    |

B. PENGELOLAAN LIMBAH

1. Baku Mutu Limbah Cair

|                      |                                                                           |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Judul                | Baku mutu limbah cair                                                     |
| Dimensi Mutu         | Keselamatan                                                               |
| Tujuan               | Tergambarnya kepedulian KKPM terhadap keamanan limbah cair                |
| Definisi Operasional | Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indicator:<br>BOD ( <i>Biological Oxygen Demand</i> ): 30 mg/liter<br>COD ( <i>Chemical Oxygen Demand</i> ): 80 mg/liter<br>TSS ( <i>Total Suspended Solid</i> ): 30 mg/liter<br>pH: 6-9 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Periode Analisis           | 6 bulan                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Numerator                  | Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair KKPM yang sesuai dengan baku mutu                                                                                                                                                                                     |
| Denominator                | Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair                                                                                                                                                                                                                           |
| Sumber Data                | Hasil pemeriksaan                                                                                                                                                                                                                                                |
| Standar                    | 100%                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab IPSRS                                                                                                                                                                                                                                           |

## 2. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Dimensi Mutu               | Keselamatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Tujuan                     | Tergambarnya mutu penanganan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 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 mencederaikan, antara lain: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sisa jarum suntik</li> <li>2. Sisa ampul</li> <li>3. Kasa bekas</li> <li>4. Sisa jaringan</li> </ol> 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%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab IPSRS/Penanggung jawab K3 KKPM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |



XIII. LAYANAN RAWAT RUMAH/*HEMOCARE*  
AMBULANS

1. Waktu Pelayanan Ambulans

|                            |                                                                                                                        |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Waktu pelayanan ambulans                                                                                               |
| Dimensi Mutu               | Akses                                                                                                                  |
| Tujuan                     | Tersedianya pelayanan ambulans yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan            |
| Definisi Operasional       | Waktu pelayanan ambulans adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulans untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan                                                                                                           |
| Periode Analisis           | Tiga bulan sekali                                                                                                      |
| Numerator                  | Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulans dalam satu bulan                                                       |
| Denominator                | Jumlah hari dalam bulan tersebut                                                                                       |
| Sumber Data                | Unit Gawat Darurat                                                                                                     |
| Standar                    | 24 Jam                                                                                                                 |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab ambulans                                                                                              |

2. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulans Di KKPM

|                            |                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kecepatan memberikan pelayanan ambulans di KKPM                                                                                                                                             |
| Dimensi Mutu               | Kenyamanan, keselamatan                                                                                                                                                                     |
| Tujuan                     | Tergambarnya ketanggapan KKPM dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulans                                                                                                              |
| Definisi Operasional       | Kecepatan memberikan pelayanan ambulans adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulans diajukan oleh pasien/keluarga pasien di KKPM sampai tersedianya ambulans. Maksimal 30 menit. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                                                                     |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                                                                     |
| Numerator                  | Jumlah penyediaan ambulans yang tepat waktu dalam satu bulan                                                                                                                                |
| Denominator                | Jumlah seluruh permintaan ambulans dalam satu bulan                                                                                                                                         |
| Sumber Data                | Catatan penggunaan ambulans                                                                                                                                                                 |
| Standar                    | 100%                                                                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab ambulans                                                                                                                                                                   |

#### XIV. LAYANAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN KEPADA PIHAK LAIN

##### 1. Waktu Pelayanan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kepada Pihak Lain

|                            |                                                                                                                              |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Waktu pelayanan sumber daya manusia kesehatan kepada pihak lain                                                              |
| Dimensi Mutu               | Akses pelayanan sumber daya manusia kesehatan kepada pihak lain                                                              |
| Tujuan                     | Tersedianya pelayanan sumber daya manusia kesehatan kepada pihak lain yang membutuhkan                                       |
| Definisi Operasional       | Waktu pelayanan sumber daya manusia kesehatan kepada pihak lain adalah ketersediaan waktu pelayanan untuk memenuhi kebutuhan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan                                                                                                                 |
| Periode Analisis           | Tiga bulan sekali                                                                                                            |
| Numerator                  | Total waktu buka (dalam jam) pelayanan sumber daya manusia kesehatan kepada pihak lain dalam satu bulan                      |
| Denominator                | Jumlah hari dalam bulan tersebut                                                                                             |
| Sumber Data                | Surat masuk permintaan pelayanan sumber daya manusia kesehatan kepada pihak lain                                             |
| Standar                    | 24 Jam                                                                                                                       |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab koordinator pelayanan                                                                                       |

##### 2. Kecepatan Memberikan Pelayanan

|                            |                                                                                                                                                                            |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Kecepatan memberikan pelayanan sumber daya manusia kesehatan kepada pihak lain                                                                                             |
| Dimensi Mutu               | Kenyamanan, keselamatan                                                                                                                                                    |
| Tujuan                     | Tergambarnya ketanggapan KKPM dalam menyediakan kebutuhan pasien akan pelayanan sumber daya manusia kesehatan kepada pihak lain                                            |
| Definisi Operasional       | Kecepatan memberikan pelayanan ambulans adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan pelayanan sumber daya manusia Kesehatan yang diajukan pihak lain. Maksimal 30 menit. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                                                                    |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                                                    |
| Numerator                  | Jumlah penyediaan pelayanan sumber daya manusia kesehatan kepada pihak                                                                                                     |



|                  |                                                                                                    |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  | lain yang tepat waktu dalam satu bulan                                                             |
| Denominator      | Jumlah seluruh permintaan pelayanan sumber daya manusia kesehatan dari pihak lain dalam satu bulan |
| Sumber Data      | Catatan surat masuk pelayanan sumber daya manusia kesehatan dari pihak lain                        |
| Standar          | 100%                                                                                               |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab koordinator pelayanan                                                             |

XV. LAYANAN ATAS PENGGUNAAN ASET OLEH PIHAK LAIN

1. Waktu Pelayanan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kepada Pihak Lain

|                            |                                                                                                                   |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Waktu pelayanan atas penggunaan aset oleh pihak lain                                                              |
| Dimensi Mutu               | Akses pelayanan atas penggunaan aset oleh pihak lain                                                              |
| Tujuan                     | Tersedianya pelayanan atas penggunaan aset oleh pihak lain yang membutuhkan                                       |
| Definisi Operasional       | Waktu pelayanan atas penggunaan aset oleh pihak lain adalah ketersediaan waktu pelayanan untuk memenuhi kebutuhan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan                                                                                                      |
| Periode Analisis           | Tiga bulan sekali                                                                                                 |
| Numerator                  | Total waktu buka (dalam jam) atas penggunaan aset oleh pihak lain dalam satu bulan                                |
| Denominator                | Jumlah hari dalam bulan tersebut                                                                                  |
| Sumber Data                | Surat masuk permintaan atas penggunaan asset oleh pihak lain                                                      |
| Standar                    | 24 Jam                                                                                                            |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab kasubag tata usaha                                                                               |

2. Kecepatan Memberikan Pelayanan

|                       |                                                                                                                                                                   |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                 | Kecepatan memberikan atas penggunaan aset oleh pihak lain                                                                                                         |
| Dimensi Mutu          | Kenyamanan, keselamatan                                                                                                                                           |
| Tujuan                | Tergambarnya ketanggapan KKPM dalam menyediakan kebutuhan atas penggunaan aset oleh pihak lain                                                                    |
| Definisi Operasional  | Kecepatan memberikan atas penggunaan aset oleh pihak lain adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan atas penggunaan asset oleh pihak lain. Maksimal 30 menit. |
| Frekuensi Pengumpulan | 1 bulan                                                                                                                                                           |

|                  |                                                                                           |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data             |                                                                                           |
| Periode Analisis | 3 bulan                                                                                   |
| Numerator        | Jumlah penyediaan atas penggunaan asset oleh pihak lain yang tepat waktu dalam satu bulan |
| Denominator      | Jumlah seluruh permintaan atas penggunaan aset oleh pihak lain dalam satu bulan           |
| Sumber Data      | Catatan surat masuk atas penggunaan aset oleh pihak lain                                  |
| Standar          | 100%                                                                                      |
| Penanggung jawab | Penanggung jawab sub bag tata usaha                                                       |

XVI. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi/Pimpinan

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi/pimpinan                                                                                                                                                                                                              |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Tujuan                     | Tergambarnya kepedulian direksi/pimpinan terhadap upaya perbaikan pelayanan di KKPM                                                                                                                                                                                              |
| Definisi Operasional       | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi/pimpinan adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan 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/pimpinan yang ditindaklanjuti dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                 |
| Denominator                | Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                                |
| Sumber Data                | Notulen rapat                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Standar                    | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Penanggung jawab           | Kepala KKPM                                                                                                                                                                                                                                                                      |

2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

|              |                                                                                            |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul        | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja                                                  |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, efisiensi                                                                     |
| Tujuan       | Tergambarnya kepedulian administrasi KKPM dalam menunjukan akuntabilitas kinerja pelayanan |



|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Definisi Operasional       | Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban KKPM 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 SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategis bisnis KKPM, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan tiga bulan sekali. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Periode Analisis           | 1 tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Numerator                  | Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal tiga bulan dalam satu tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Denominator                | Jumlah laporan akuntabilitas kinerja yang seharusnya disusun dalam satu tahun                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Sumber Data                | Bagian Tata Usaha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Standar                    | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Penanggung jawab           | Kepala KKPM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

### 3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

|                            |                                                                                                      |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat                                                          |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas, efisiensi, kenyamanan                                                                   |
| Tujuan                     | Tergambarnya kepedulian KKPM 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                | Bagian Tata Usaha                                                                                    |
| Standar                    | 100%                                                                                                 |

|                  |                        |
|------------------|------------------------|
| Penanggung jawab | Ka Sub.Bag. Tata Usaha |
|------------------|------------------------|

4. Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala

|                            |                                                                                                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala                                                                                                               |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas, kenyamanan                                                                                                                                        |
| Tujuan                     | Tergambarnya kepedulian KKPM terhadap kesejahteraan pegawai                                                                                                    |
| Definisi Operasional       | Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang kepegawaian |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu tahun                                                                                                                                                     |
| Periode Analisis           | Satu tahun                                                                                                                                                     |
| Numerator                  | Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam satu tahun                                                                          |
| Denominator                | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam satu tahun                                                                       |
| Sumber Data                | Bagian Tata Usaha                                                                                                                                              |
| Standar                    | 100%                                                                                                                                                           |
| Penanggung jawab           | Ka Sub.Bag. Tata Usaha                                                                                                                                         |

5. Karyawan Yang Mendapatkan Pelatihan Minimal 20 Jam Pertahun

|                            |                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam pertahun                                                                                                                                    |
| Dimensi Mutu               | Kompetensi teknis                                                                                                                                                                              |
| Tujuan                     | Tergambarnya kepedulian KKPM terhadap kualitas sumber daya manusia                                                                                                                             |
| Definisi Operasional       | Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di KKPM maupun di luar KKPM yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Satu tahun                                                                                                                                                                                     |
| Periode Analisis           | Satu tahun                                                                                                                                                                                     |
| Numerator                  | Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun                                                                                                                                |
| Denominator                | Jumlah seluruh karyawan KKPM                                                                                                                                                                   |
| Sumber Data                | Bagian Tata Usaha (Kepegawaian)                                                                                                                                                                |
| Standar                    | ≤ 60%                                                                                                                                                                                          |
| Penanggung jawab           | Ka Sub.Bag. Tata Usaha (Kepegawaian)                                                                                                                                                           |



6. *Cost Recovery*

|                            |                                                                                                                                                                  |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | <i>Cost Recovery</i>                                                                                                                                             |
| Dimensi Mutu               | Efisiensi, efektivitas                                                                                                                                           |
| Tujuan                     | Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan KKPM                                                                                                                     |
| Definisi Operasional       | <i>Cost Recovery</i> 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 Tata Usaha (Keuangan)                                                                                                                                     |
| Standar                    | ≥ 40%                                                                                                                                                            |
| Penanggung jawab           | Ka Sub.Bag. Tata Usaha (Keuangan)                                                                                                                                |

7. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

|                            |                                                                                                                                             |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan                                                                                                 |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas                                                                                                                                 |
| Tujuan                     | Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan KKPM                                                                                             |
| Definisi Operasional       | Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas<br>Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 3 bulan                                                                                                                                     |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                                     |
| Numerator                  | Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan                                       |
| Denominator                | Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan                                                                            |
| Sumber Data                | Bagian Tata Usaha (Keuangan)                                                                                                                |
| Standar                    | 100%                                                                                                                                        |
| Penanggung jawab           | Ka Sub.Bag. Tata Usaha (Keuangan)                                                                                                           |

8. 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<br>Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dngan informasi tagihan diterima oleh pasien |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap bulan                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Periode Analisis           | Tiap tiga bulan                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan                                                                                                                                                                           |
| Denominator                | Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan                                                                                                                                                                                                                 |
| Sumber Data                | Hasil pengamatan                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Standar                    | ≤ 2 Jam                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Penanggung jawab           | Ka Sub.Bag. Tata Usaha (Keuangan)                                                                                                                                                                                                                                            |

9. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan (Insentif) Sesuai Kesepakatan Waktu

|                            |                                                                                                            |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu                                      |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas                                                                                                |
| 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 Analisis           | Tiap 6 bulan                                                                                               |
| Numerator                  | Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif                                                          |
| Denominator                | 6                                                                                                          |
| Sumber Data                | Catatan di Bagian Tata Usaha (Keuangan)                                                                    |
| Standar                    | 100%                                                                                                       |
| Penanggung jawab           | Ka Sub.Bag. Tata Usaha (Keuangan)                                                                          |

XVII. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA

1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

|              |                                                    |
|--------------|----------------------------------------------------|
| Judul        | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat          |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan |



|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tujuan                     | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani kerusakan alat                                                                                                                                                                                            |
| Definisi Operasional       | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tidak 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%                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Penanggung jawab           | Unit IPRS                                                                                                                                                                                                                                                        |

2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

|                            |                                                                                                                               |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Ketepatan waktu pemeliharaan alat                                                                                             |
| Dimensi Mutu               | Efektivitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan                                                                            |
| Tujuan                     | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat                                                                |
| Definisi Operasional       | Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 bulan                                                                                                                       |
| Periode Analisis           | 3 bulan                                                                                                                       |
| Numerator                  | Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan tepat waktu dalam satu bulan                                                          |
| Denominator                | Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan                                                   |
| Sumber Data                | Register pemeliharaan alat                                                                                                    |
| Standar                    | 100%                                                                                                                          |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Unit IPRS                                                                                                    |

3. 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 efektivitas                                                                                                    |
| Tujuan                     | Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium                                                                                    |
| Definisi Operasional       | Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Klinik Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | 1 tahun                                                                                                                        |
| Periode Analisis           | 1 tahun                                                                                                                        |
| Numerator                  | Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun                                                 |
| Denominator                | Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam satu tahun                                                               |
| Sumber Data                | Buku registrasi                                                                                                                |
| Standar                    | 100%                                                                                                                           |
| Penanggung jawab           | Penanggung jawab Unit Laboratorium                                                                                             |

## XVIII. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

### 1. 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 | Setiap 3 bulan                                                                            |
| Periode Analisis           | Setiap 1 tahun                                                                            |
| Numerator                  | Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih                                                |
| Denominator                | Jumlah anggota Tim PPI                                                                    |
| Sumber Data                | Kepegawaian                                                                               |
| Standar                    | 75%                                                                                       |
| Penanggung jawab           | Ketua Tim PPI                                                                             |

### 2. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD)

|                      |                                                                        |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Judul                | Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)                                  |
| Dimensi Mutu         | Mutu Pelayanan, Keamanan Pasien, Petugas dan Pengunjung                |
| Tujuan               | Tersedianya APD di setiap unit KKPM                                    |
| Definisi Operasional | Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, |



|                            |                                                                                                                                     |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di KKPM seperti: masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap hari                                                                                                                         |
| Periode Analisis           | 1 bulan                                                                                                                             |
| Numerator                  | Jumlah unit yang menyediakan APD                                                                                                    |
| Denominator                | Jumlah unit di KKPM                                                                                                                 |
| Sumber Data                | Survei                                                                                                                              |
| Standar                    | 60%                                                                                                                                 |
| Penanggung jawab           | Ketua Tim PPI                                                                                                                       |

3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di KKPM

|                            |                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Judul                      | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di KKPM                                                                                                                          |
| Dimensi Mutu               | Keamanan pasien, petugas dan pengunjung                                                                                                                                                             |
| Tujuan                     | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di KKPM/RS                                                                                                                             |
| Definisi Operasional       | Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial, pengumpulan data ( <i>check list</i> ) pada unit/instalasi yang tersedia di KKPM. Minimal 1 (satu) parameter, antara lain: ILO, ILI, VAP, ISK |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap hari                                                                                                                                                                                         |
| Periode Analisis           | 1 bulan                                                                                                                                                                                             |
| Numerator                  | Jumlah unit/instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan                                                                                                                                       |
| Denominator                | Jumlah unit/instalasi yang tersedia                                                                                                                                                                 |
| Sumber Data                | Survei                                                                                                                                                                                              |
| Standar                    | 75%                                                                                                                                                                                                 |
| Penanggung jawab           | Ketua Tim PPI                                                                                                                                                                                       |

BUPATI BANYUMAS,

ttd

ACHMAD HUSEIN