



WALI KOTA BOGOR
PROVINSI JAWA BARAT
PERATURAN WALI KOTA BOGOR
NOMOR 5 TAHUN 2022
TENTANG
PERUBAHAN ATAS PERATURAN WALI KOTA NOMOR 129 TAHUN 2018
TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BOGOR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA BOGOR,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat, khususnya pelayanan kesehatan pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor, dan untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan umum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor telah ditetapkan berdasarkan Peraturan Wali Kota Bogor Nomor 129 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor;
 - b. bahwa sehubungan dengan perkembangan peraturan perundang-undangan terkait status kelembagaan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor yang bersifat Khusus sesuai ketentuan Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 3 Tahun 2021 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah

Kota Bogor, maka Peraturan Wali Kota sebagaimana dimaksud pada huruf a perlu diubah;

- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Wali Kota tentang Perubahan atas Peraturan Wali Kota Nomor 129 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
 3. 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 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik

- Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178)
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
 6. 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);
 7. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 11 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Kesehatan (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2018 Nomor 7 Seri E);
 8. Peraturan Daerah Kota Bogor Nomor 3 Tahun 2021 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Kota Bogor (Lembaran Daerah Kota Bogor Tahun 2021 Nomor 3);
 9. Peraturan Wali Kota Bogor Nomor 129 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor (Berita Daerah Kota Bogor Tahun 2018 Nomor 72);
 10. Peraturan Wali Kota Bogor Nomor 144 Tahun 2021 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Perangkat Daerah (Berita Daerah Kota Bogor Tahun 2020 Nomor 144);
 11. Peraturan Wali Kota Bogor Nomor 183 Tahun 2021 tentang Tugas, Fungsi, Uraian Tugas, dan Tata Kerja di Lingkungan Unit Organisasi yang Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor (Berita Daerah Kota Bogor Tahun 2021 Nomor 183);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERUBAHAN ATAS PERATURAN WALI KOTA NOMOR 129 TAHUN 2018 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BOGOR.

Pasal I

Beberapa ketentuan dalam Peraturan Wali Kota Bogor Nomor 129 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor (Berita Daerah Kota Bogor Tahun 2018 Nomor 72) diubah sebagai berikut:

1. Ketentuan Pasal 1 diubah, sehingga berbunyi sebagai berikut:

Pasal 1

1. Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:
2. Daerah Kota adalah Daerah Kota Bogor.
3. Pemerintah Daerah Kota adalah Wali Kota sebagai unsur penyelenggaraan Pemerintah Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintah yang menjadi kewenangan daerah otonom.
4. Wali Kota adalah Wali Kota Bogor
5. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah sistem yang diterapkan oleh unit pelaksana teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pola pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan daerah pada umumnya.
6. Unit Organisasi yang Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah yang untuk selanjutnya disingkat RSUD Kota Bogor adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bogor.
7. Direktur adalah Direktur RSUD Kota Bogor.
8. Standar Pelayanan Minimal untuk selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
9. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RSUD Kota Bogor kepada masyarakat

dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan dan pelayanan kesehatan lainnya.

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

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

BAB V

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 7

Pembinaan dan pengawasan terkait pelaksanaan SPM dilakukan oleh Wali Kota.

Pasal 8

Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:

- a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
- b. penyusunan rencana pencapaian standar pelayanan minimal dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
- c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM;
- d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM

Pasal 9

- (1) Pengawasan pelaksanaan SPM dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal
- (2) Satuan Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung dibawah Direktur RSUD Kota Bogor.
- (3) Satuan Pengawas Internal bersama-sama pejabat struktural RSUD Kota Bogor menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (4) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (3) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.
- (5) Satuan Pengawas Internal melaporkan pelaksanaan tugas kepada Direktur dan Dewan Pengawas

Pasal 10

- (1) Dalam melakukan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Wali Kota menugaskan Dewan Pengawas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan BLUD RSUD Kota Bogor.
- (3) Dewan Pengawas melaporkan hasil pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Wali Kota.

Pasal 11

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

3. Ketentuan lampiran diubah, sehingga sehingga berbunyi sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini

Pasal II

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.
Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Bogor.

Ditetapkan di Bogor
pada tanggal 18 Januari 2022

WALI KOTA BOGOR,

BIMA ARYA



Diundangkan di Bogor
pada tanggal 18 Januari 2022

SEKRETARIS DAERAH KOTA BOGOR,


SYARITAH SOFIAH DWIKORAWATI

BERITA DAERAH KOTA BOGOR TAHUN 2022 NOMOR 5

LAMPIRAN PERATURAN WALI KOTA BOGOR
NOMOR 5 TAHUN 2022
TENTANG
PERUBAHAN ATAS PERATURAN WALI KOTA
NOMOR 129 TAHUN 2018 TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN
LAYANAN UMUM DAERAH KOTA BOGOR

A. STANDAR PELAYANAN MINIMAL RSUD KOTA BOGOR

I. STANDAR PELAYANAN KLINIS

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

No	Unit Kerja	Indikator	Standar					
			2019	2020	2021	2022	2023	2024
3.	Rawat Inap	a. <i>Net Death Rate</i> (NDR) 2 x 24 Jam	≤24%	≤24 %	≤24 %	≤24 %	≤24 %	≤24%
		b. <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	80%	82%	84%	86%	88%	88%
		c. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap	86%	87%	88%	89%	90%	90%
		d. Persentase pasien TB beresiko TB-HIV yang dikonseling (PTPB)	85%	85%	87%	87%	90%	90%
4	Bedah Sentral	Waktu tunggu operasi elektif ≤ 7 hari	90%	92%	92%	92%	92%	92%
5.	Persalinan dan Perinatologi	a. Kejadian Kematian Ibu Persalinan Karena Pendarahan	≤1%	≤1%	≤1%	≤1%	≤1%	≤1%
		b. Kejadian Kematian Ibu Persalinan Karena preeklamsi /eklamsi	≤30%	≤30 %	≤30 %	≤30 %	≤30 %	≤30%
		c. Kejadian Kematian Ibu Persalinan Karena Sepsis	≤0,2%	≤0,2 %	≤0,2 %	≤0,2 %	≤0,2 %	≤0,2%
		d. Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi (Dokter Anak Pendamping SC)	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100%
		e. Presentase kemampuan menangani BLSR < 1500 – 2500 gr	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100%

No	Unit Kerja	Indikator	Standar					
			2019	2020	2021	2022	2023	2024
6.	Pelayanan Intensif	a. Follow Up Pasien Pre-Operasi dokter Anastesi	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Lama Perawatan Intensif untuk kembali ke ruangan perawatan biasa ≤ 5 hari	50%	50%	50%	50%	50%	50%
7.	Laboratorium							
	1) Laboratorium Klinik	a. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium PK untuk pemeriksaan Kimia Klinik dan darah rutin <140 menit	90%	90%	90%	90%	90%	90%
		b. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7.	2) Laboratorium Patologi Anatomi	a. Waktu tunggu hasil diagnosa PA <ul style="list-style-type: none"> • Biasa max 7 hari • Kasus sulit max 14 hari 	80%	80%	80%	80%	80%	80%
		b. Jumlah permintaan tinjau ulang dari klinisi dalam satu tahun < 5 kasus	80%	80%	80%	80%	80%	80%

No	Unit Kerja	Indikator	Standar					
			2019	2020	2021	2022	2023	2024
12	Medical Check Up (MCU)	Waktu Tunggu Penyelesaian pemeriksaan Test Kesehatan 1x24 Jam	80%	85%	87%	87%	90%	90%

II. STANDAR PELAYANAN MANAJEMEN

1. WAKIL DIREKTUR PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN DAN PENUNJANG

No	Unit Kerja	Indikator	Standar (%)					
			2019	2020	2021	2022	2023	2024
A. BIDANG PELAYANAN MEDIK								
1.	Kelompok Substansi Pelayanan Medik Rawat Inap	a. Tindak lanjut komplain pelayanan medik rawat inap < 24 jam	75%	80%	85%	90%	95%	95%
		b. Visite Dokter Spesialis rawat inap	97%	97%	98%	98%	98%	98%
		c. Diversifikasi pelayanan Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Kelompok Substansi Pelayanan Medik Rawat Jalan	a. Tindak lanjut komplain pelayanan medik Rawat Jalan < 24 jam	75%	80%	85%	90%	95%	95%
		b. Visite Dokter Spesialis Rawat Jalan	97%	97%	98%	98%	98%	98%
		c. Diversifikasi pelayanan Rawat Jalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
B. BIDANG PELAYANAN PENUNJANG								
1.	Kelompok Substansi Sarana Pelayanan Penunjang Medik	a. Respon time Tindak Lanjut kerusakan pada alat kesehatan < 1 X 24 Jam	90%	92%	94%	96%	98%	98%
		b. Respon time Tindak Lanjut kerusakan pada alat kesehatan yang memerlukan pergantian spare part < 1-3 bulan	90%	92%	94%	96%	98%	98%

No	Unit Kerja	Indikator	Standar (%)					
			2019	2020	2021	2022	2023	2024
2.	Kelompok Substansi Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian	a. Jumlah Staff Nakes di Area Kritis RS yang mengikuti pelatihan > 20 jam per tahun	60%	60%	60%	60%	60%	60%
		b. Ketepatan Pelaporan Hasil Kegiatan Diklat	60%	60%	60%	60%	60%	60%
B. BIDANG PERENCANAAN DAN SISTEM INFORMASI MANAJEMEN RUMAH SAKIT								
1.	Kelompok Substansi Perencanaan, Anggaran, Evaluasi dan Pelaporan	a. Ketepatan Waktu Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Sesuai Jadwal	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Persentase kesesuaian kegiatan tahunan dengan Rencana Strategis (Renstra) 5 Tahunan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		c. Ketepatan Waktu Pengumpulan Bahan RBA	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Kelompok Substansi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit	Persentase Kesesuaian informasi yang ada di modul dengan kebutuhan informasi unit	100%	100%	100%	100%	100%	100%
C. BIDANG PENGEMBANGAN BISNIS DAN PENGENDALIAN MUTU RUMAH SAKIT								
1.	Kelompok Substansi Hubungan Masyarakat, Pemasaran dan Pengembangan Bisnis	a. Kecepatan respon terhadap komplain (KRK)	75%	80%	85%	90%	95%	95%
		b. Target viewers youtube			50%	65%	80%	100%
		c. Realisasi terhadap kerjasama pemasaran			40%	60%	80%	100%
2.	Kelompok Substansi Pengendalian Mutu dan Akreditasi Rumah Sakit	a. Kepuasan Pelanggan (Indeks Kepuasan Masyarakat)	86%	87%	88%	89%	90%	90%
		b. Kepuasan Pelanggan (Survey Kepuasan Pelanggan)	80%	82%	84%	86%	88%	88%

3. WAKIL DIREKTUR KEUANGAN DAN UMUM

No	Unit Kerja	Indikator	Standar (%)					
			2019	2020	2021	2022	2023	2024
A. BAGIAN UMUM DAN HUKUM								
1.	Kelompok Substansi Umum dan Rumah tangga	a. Ketepatan kalibrasi internal alat-alat kesehatan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Genset running secara otomatis	75%	80%	100%	100%	100%	100%
		c. Kecepatan Respon Perbaikan Pemeliharaan Fasilitas Sarana dan Prasarana Rumah Sakit	75%	85%	95%	100%	100%	100%
2.	Kelompok Substansi Hukum	d. Jumlah Pembuatan / penyusunan produk hukum RSUD Kota Bogor	100%	100%	100%	100%	100%	100%
B. BAGIAN KEUANGAN								
1.	Kelompok Substansi Akuntansi	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Berkala Sebelum Tanggal 10	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Kelompok Substansi Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran	a. Penagihan Tunggakan Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		b. Terwujudnya efisiensi anggaran	70%	70%	70%	70%	70%	70%
C. BAGIAN PEMBIAYAAN DAN JAMINAN KESEHATAN								
1.	Kelompok Substansi Jaminan Kesehatan	Ketepatan Waktu Klaim	95%	97%	99%	100%	100%	100%
2.	Kelompok Substansi Pembiayaan dan Investasi Kesehatan	Kecepatan Penagihan dan kelengkapan administrasi	95%	97%	99%	100%	100%	100%

B. URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. STANDAR PELAYANAN KLINIS

1. PELAYANAN GAWAT DARURAT

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

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat < 5 Menit
Dimensi Mutu	Efektifitas, efesiensi dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu yang diperlukan mulai dari pasien datang sampai mendapat penanganan triase oleh petugas Instalasi Gawat Darurat (IGD) baik dokter maupun perawat
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Pasien yang dilayani dengan waktu < 5 menit dalam periode waktu tertentu
Denominator	Jumlah seluruh pasien IGD dalam periode waktu dating dan waktu tertentu
Sumber Data	Berkas Rekam Medik yang dibubuhi waktu dating dan waktu pelayanan
Standar	90%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

b. Pemberi pelayanan medis kegawatdaruratan yang bersertifikat ACLS/ATLS

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

2. PELAYANAN RAWAT JALAN

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

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan (WTRJ) < 60 Menit
Dimensi Mutu	Kesinambungan layanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik padahari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) < 60 menit adalah rata-rata dari pasien yang sudah terdaftar tiba dipoliklinik sampai dengan pasien selesai diperiksa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah waktu yang diperlukan mulai dari pasien yang sudah terdaftar tiba
Denominator	Jumlah seluruh sampel atau seluruh pasien rawat jalan
Sumber Data	Laporan Instalasi Rawat Jalan dan survei
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi rawat jalan / komite mutu / tim mutu

b. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

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

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

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

3. PELAYANAN RAWAT INAP

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

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

b. Bed Occupancy Rate (BOR)

Judul	Bed Occupancy Rate (BOR)
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Terselenggaranya informasi pelayanan ketersediaan tempat tidur rawat inap
Definisi Operasional	<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR) adalah presentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah hari perawatan di rumah sakit
Denominator	Jumlah tempat tidur x jumlah hari dalam satu periode
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi rawat inap

c. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

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

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

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

4. BEDAH SENTRAL

Waktu tunggu operasi elektif ≤ 7

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

5. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

a. Kejadian Kematian Ibu Persalinan Karena Pendarahan

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

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

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

c. Kejadian Kematian Ibu Persalinan Karen Sepsis

Judul	Kejadian Kematian Ibu Persalinan Karena Sepsis
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi Operasional	Kejadian kematian ibu persalinan karena sepsis adalah jumlah kematian ibu melahirkan yang disebabkan sepsis. Sepsis yang dimaksud adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh penolong persalinan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena sepsis
Denominator	Jumlah Pasien persalinan dengan sepsis
Sumber Data	Rekam Medis dan Berita Acara
Standar	$\leq 0,2 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Seksi Pelayanan dan Kepala SMF <i>Obgyn</i>

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

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

e. Presentase kemampuan mengenai BLSR < 1500 – 2500 gr

Judul	Presentase kemampuan menangani BLSR < 1500 – 2500 gr
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakt dalam menangani BLSR
Definisi Operasional	BLSR adalah bayi yang lahir di RSUD Kota Bogor dengan berat badan sangat rendah < 1500 gr
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah BLSR < 1500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah BLSR < 1500 gr yang ditangani
Sumber Data	Rekam medis dan Ruang Perinatologi
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala NICU

6. PELAYANAN INTENSIF

a. *Follow Up* Pasien Pre Operasi Dokter Anastesi

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

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

Judul	Lama Perawatan Intensif untuk kembali ke ruangan perawatan biasa \leq 5 hari
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan layanan
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke ruangan perawatan dari perawatan intensif dengan kasus yang sama \leq 5 hari
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ruangan perawatan dari perawatan intensif dengan kasus yang sama \leq 5 hari
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif
Sumber Data	Rekam Medis dan Survey
Standar	50 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Komite medik/mutu

7. PELAYANAN LABORATORIUM

- a. Laboratorium Patologi Klinik

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

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

- 2) Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan Laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan Laboratorium
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kualitas hasil pemeriksaan laboratorium
Definisi Operasional	Tingkat kebenaran hasil pemeriksaan laboratorium dibandingkan dengan kesalahan pemeriksaan yang sama oleh laboratorium standar
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pemeriksaan yang sesuai dengan standar
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan
Sumber Data	Register Laboratorium
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Laboratorium

b. Laboratorium Patologi Anatomi

- 1) Waktu tunggu hasil diagnosa PA
 a. Biasa max 7 hari
 b. Kasus sulit max 14 hari

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

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

Judul	Jumlah permintaan tinjau ulang dari klinisi dalam satu tahun <5 kasus
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kualitas hasil pemeriksaan patologi anatomi
Definisi Operasional	Keseluruhan permintaan pemeriksaan ulang yang sama atas sediaan yang sama baik ke laboratorium patologi anatomi rumah sakit ataupun laboratorium patologi anatomi luar
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah laporan pemeriksaan ulang
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium patologi anatomi
Sumber Data	Laporan rutin patologi anatomi
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Patologi Anatomi

8. RADIOLOGI

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

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

b. Kejadian kegagalan pelayanan radiologi

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan radiologi
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rotxen
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber Data	Register radiologi
Standar	< 2 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Radiologi

c. Pembatalan pemeriksaan radiologi yang dijadwalkan

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

9. FARMASI

a. Waktu tunggu pelayanan :

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

Judul	a. Waktu tunggu pelayanan : 1) Obat jadi < 45 menit 2) Obat racikan < 1 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi < 45 menit dan obat racikan < 1 jam
Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan farmasi
Sumber Data	Resep yang dibubuhi jam datang dan jam penyerahan
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Farmasi

b. Ketersediaan obat yang terstandarisasi

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

10. INSTALASI GIZI

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

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien yang sudah terjadwal
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapatkan makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Gizi

- b. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian diet

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

11. REKAM MEDIK

a. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab perawat & dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	1 Bulan
Periode Analisa	3 Bulan
Numerator	jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan.
Sumber Data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rekam medik, Kepala Sub Bagian Pelayanan

b. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien meninggalkan konter pendaftaran sampai rekam medis diantar ke poliklinik rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap 3 Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Jumlah sampel dokumen rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber Data	Hasil survei pengamatan waktu daftar dikurangi waktu antar dokumen rekam medis
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala instalasi rekam medis

12. MEDICAL CHEK UP (MCU)

Waktu Tunggu Penyelesaian Pemeriksaan Test Kesehatan 1x24 Jam

Judul	Waktu Tunggu Penyelesaian pemeriksaan Test Kesehatan 1x24 Jam
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Terkendalinya penyelenggaraan pelayanan test kesehatan
Definisi Operasional	Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk pemeriksaan uji kesehatan mulai dari pendaftaran sampai keluar hasil pemeriksaan uji kesehatan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil pemeriksaan dari sampel diterima sampai keluar hasil pemeriksaan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan bidang uji kesehatan
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

II. STANDAR PELAYANAN MANAJEMEN

1. BAGIAN KEUANGAN

1. Kelompok Substansi Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran

1) Penagihan Tunggakan Pasien

Judul	Penagihan Tunggakan Pasien
Dimensi Mutu	Kesinambungan Layanan
Tujuan	Terselenggaranya penagihan tunggakan pasien tepat waktu
Definisi Operasional	Penagihan Tunggakan Pasien adalah kewajiban pasien kepada Rumah Sakit Dalam Pemenuhan Pembayaran Biaya Rawat Inap Yang Belum terselesaikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Pemenuhan Tunggakan Pasien Rawat Inap Yang Tidak Bisa Dibayarkan Oleh Keluarga Pasien Kepada RSUD
Denominator	Jumlah Seluruh Pasien Rawat Inap
Sumber Data	Bagian Keuangan dan Customer Service
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kelompok Substansi Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran

2) Rasio Pendapatan BLUD Terhadap Biaya Operasional RS

Judul	Rasio Pendapatan BLUD terhadap biaya operasional RS
Dimensi Mutu	Akseptabilitas
Tujuan	Terwujudnya efisiensi anggaran
Definisi Operasional	Perbandingan antara pendapatan PNBPN yang terdiri dari imbalan barang/jasa, hibah, kerjasama dan lain-lain tidak termasuk pendapatan dari APBN, APBD dengan biaya operasional yang terdiri dari belanja pegawai, belanja barang & sumber lainnya yang berasal dari APBN & PNBPN
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) Tahun
Periode Analisa	1 (satu) Tahun
Numerator	Pendapatan PNBPN
Denominator	Biaya Operasional
Sumber Data	Kelompok Substansi Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran
Standar	70 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kelompok Substansi Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran

2. Kelompok Substansi Akuntansi

1) Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Berkala Sebelum Tanggal 10

Judul	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Berkala Sebelum Tanggal 10 (sepuluh)
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Terpantaunya penyusunan laporan berkala tepat waktu
Definisi Operasional	Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Berkala Sebelum Tanggal 10 adalah Penyusunan Laporan Keuangan RSUD yang akan dilaporkan kepada Adalbang dan BKAD sebelum tanggal 10 (sepuluh) bulan berjalan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah Seluruh Laporan Keuangan Tepat Waktu
Denominator	Jumlah Seluruh Laporan Keuangan Tepat Waktu dan Tidak Tepat Waktu
Sumber Data	Laporan Keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kelompok Substansi Akuntansi

2. BAGIAN PEMBIAYAAN DAN JAMINAN KESEHATAN

1. Kelompok Substansi Jaminan Kesehatan

1) Ketepatan Waktu Klaim

Judul	Ketepatan waktu klaim
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Terkendalinya penyelenggaraan klaim JKN
Defenisi operasional	BPJS: Waktu pengajuan klaim dilakukan dengan menggunakan software INA-CBG's yaitu secara rutin paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya
Frekwensi pengumpulan data	(satu) bulan
Periode analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah berkas pengajuan klaim yang dilaksanakan sebelum tanggal 10 bulan berjalan
Denominator	Seluruh jumlah pengajuan klaim bulan sebelumnya
Sumber data	Komite JKN
Standar	95%
Penanggung jawab pengumpulan data	Kelompok Substansi Pembiayaan dan jaminan kesehatan

2. Kelompok Substansi Pembiayaan Dan Investasi Kesehatan

1) Kecepatan Penagihan dan kelengkapan administrasi

Judul	Kecepatan Penagihan dan kelengkapan administrasi
Dimensi mutu	Sesuai dengan benefit
Tujuan	Terselenggaranya penagihan klaim asuransi, Jamkot dan Jamkab
Defenisi operasional	Asuransi: Berbasis website dengan 14 hari pengajuan, melalui manual pencairan maksimal 30 hari pengajuan Jamkab: Waktu pengajuan klaim dilakukan dengan menggunakan software INA-CBG's batas maksimal pengklaiman sesuai dengan PKS Dinas Kesehatan Kabupaten Jamkot: Pengajuan klaim dilakukan dengan menggunakan software INA-CBG's
Frekwensi pengumpulan data	Perkasus
Periode analisa	14 hari
Sumber data	Pelayanan Asuransi, Jamkab dan Jamkot
Standar	95%
Penanggung jawab	Kelompok Substansi Pembiayaan dan jaminan kesehatan

3. BAGIAN UMUM DAN HUKUM

1. Kelompok Substansi Umum dan Rumah Tangga

1) Ketepatan kalibrasi internal alat-alat kesehatan sesuai jadwal

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

2) Genset running secara otomatis

Judul	Genset running secara otomatis
Dimensi Mutu	Kesinambungan Layanan, Kompetensi Teknisi
Tujuan	Tersedianya genset setiap saat
Definisi Operasional	Genset berfungsi secara otomatis dan terkendali
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah genset running secara otomatis
Denominator	Seluruh genset
Sumber Data	Kepala Substansi Umum dan Rumah Tangga
Standar	75 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Substansi Umum dan Rumah Tangga

3) Kecepatan Respon Perbaikan Pemeliharaan Fasilitas Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

Judul	Kecepatan Respon Perbaikan Pemeliharaan Fasilitas Sarana dan Prasarana Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Kesinambungan Layanan, Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya sarana dan prasarana rumah sakit yang baik sebagai penunjang aktifitas pelayanan
Definisi Operasional	Kecepatan respon pemeliharaan dan perbaikan sarana dan prasarana rumah sakit sesuai kebutuhan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 minggu
Numerator	Jumlah gedung/bangunan, jalan, dan irigasi yang terpelihara sesuai jadwal
Denominator	Seluruh gedung/bangunan, jalan dan irigasi
Sumber Data	Kelompok Substansi Umum dan Rumah Tangga
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kelompok Substansi Umum dan Rumah Tangga

3. Kelompok Substansi Hukum

Jumlah Pembuatan / penyusunan produk hukum RSUD Kota Bogor

Judul	Jumlah pembuatan / penyusunan produk hukum RSUD Kota Bogor
Dimensi Mutu	Hubungan antar manusia dan kesinambungan layanan
Tujuan	Diketahuinya seluruh produk hukum RS oleh karyawan RS
Definisi Operasional	Kegiatan sosialisasi dari setiap produk hukum yang dibuat oleh rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan sekali
Periode Analisa	6 bulan sekali
Numerator	Jumlah Produk hukum RSUD Kota Bogor yang berbentuk Peraturan Walikota pada waktu tertentu
Denominator	Jumlah produk hukum RSUD Kota yang sudah menjadi Peraturan Walikota
Sumber Data	Register produk hukum
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kelompok Substansi Hukum

4. BIDANG PERENCANAAN DAN SISTEM INFORMASI
MANAJEMEN RUMAH SAKIT

1. Kelompok Substansi Perencanaan, Anggaran, Evaluasi dan Pelaporan.

1) Waktu Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Sesuai Jadwal

Judul	Ketepatan Waktu Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Sesuai Jadwal
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Terlaporkannya Data Kinerja Rumah Sakit
Definisi Operasional	Ketepatan Waktu Pelaporan Akuntabilitas Kinerja adalah : Seluruh Laporan Realisasi Keuangan dan kinerja RSUD Kota Bogor Yang Harus dilaporkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) Tahun
Periode Analisa	1 (satu) Tahun
Numerator	Jumlah Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit yang dilaporkan tepat waktu
Denominator	Jumlah Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit yang dilaporkan tepat waktu ditambah dengan yang tidak tepat waktu
Sumber Data	Seluruh unit di RSUD Kota Bogor
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kelompok Substansi Perencanaan, Anggaran, Evaluasi dan Pelaporan

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

Judul	Persentase kesesuaian kegiatan tahunan dengan Rencana Strategis (Renstra) 5 Tahunan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Terpantaunya kesesuaian kegiatan tahunan dengan rencana strategis (renstra) 5 tahunan
Definisi Operasional	Kesesuaian pelaksanaan kegiatan tahunan dengan rencana strategis (renstra) 5 tahunan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (Tiga) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah seluruh kegiatan tahunan yang sesuai dengan Renstra
Denominator	Jumlah seluruh kegiatan tahunan yang sesuai ditambah dengan yang tidak sesuai dengan Renstra
Sumber Data	Kelompok Substansi Perencanaan, Anggaran, Evaluasi dan Pelaporan
Standar	100%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kelompok Substansi Perencanaan, Anggaran, Evaluasi dan Pelaporan

3) Ketepatan Waktu Pengumpulan Bahan RBA

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

2. Kelompok Substansi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

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

Judul	Persentase Kesesuaian informasi yang ada di modul dengan kebutuhan informasi unit
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Untuk memenuhi kebutuhan informasi pada unit
Definisi Operasional	Kesesuaian informasi adalah tercapainya kebutuhan informasi unit dalam mendapatkan informasi yang dibutuhkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah informasi yang sudah sesuai yang ada di modul
Denominator	Jumlah infotrmasi yang ada dalam modul
Sumber Data	Laporan unit
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kelompok Substansi Sistem Informasi Menejemen Rumah Sakit

2) Persentase Ketepatan input dengan output dalam system

Judul	Persentase Keakuratan input dengan output
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Untuk memberikan ketepatan data bagi yang memerlukan
Definisi Operasional	Ketepatan input dengan output adalah sesuai data yang diinput dan menghasilkan data output yang tepat sehingga akan menghasilkan data yang akurat
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah data output yang tepat
Denominator	Jumlah data output yang ada pada sistem
Sumber Data	Laporan SIMRS
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kelompok Substansi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

5. BIDANG SUMBER DAYA MANUSIA DAN PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

1. Kelompok Substansi Administrasi Sumber Daya Manusia

1) Ketepatan waktu kehadiran pegawai

Judul	Ketepatan waktu kehadiran pegawai
Dimensi Mutu	Kesinambungan Layanan
Tujuan	Terinformasikan persentase tingkat kedisiplinan pegawai dalam hal hadir tepat waktu
Definisi Operasional	Waktu kehadiran untuk pegawai yang melakukan rekam kehadiran masuk, diatas jam kerja masuk pada jadwal masing-masing
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pegawai yang tepat datang pada jam kerja yang dikaji ulang yang berpengaruh dengan terganggunya pelayanan unit kerja masing-masing
Denominator	Jumlah pegawai yang tepat datang pada jam kerja akan disurvei yang berpengaruh dengan terganggunya pelayanan unit kerja masing-masing
Sumber Data	Kelompok Substansi Administrasi Sumber Daya Manusia
Standar	90%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kelompok Sunstansi Administrasi Sumber Daya Manusia

2) Pelayanan administrasi Kepegawaian

Judul	Pelayanan administrasi kepegawaian
Dimensi Mutu	Kesinambungan Layanan
Tujuan	Terinformasikan kegiatan adm kepegawaian
Definisi Operasional	Terselenggaranya kegiatan administrasi kepegawaian yang mencakup kenaikan pangkat/golongan, anjab/abk, pengadaan dan pe,berhentian pegawai serta perubahan status pegawai (masa percobaan, kontrak, dan tetap)
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah seluruh kegiatan adm kepegawaian
Denominator	Jumlah kegiatan adm kepegawaian yang terselenggara
Sumber Data	Kelompok Substansi Administrasi Sumber Daya Manusia
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kelompok Substansi Administrasi Sumber Daya Manusia

2. Kelompok Substansi Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

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

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

2) Ketepatan Pelaporan Hasil Kegiatan Diklat

Judul	Ketepatan Pelaporan Hasil Kegiatan Diklat
Dimensi Mutu	Kesinambungan Layanan, Kompetensi Teknis
Tujuan	Terpantaunya monitoring dan evaluasi terkait kegiatan kediklatan
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyusunan laporan berkala tepat waktu sebelum tanggal 10 setiap 3 bulan sekali dalam pelaporan : pendapatan dan pengeluaran diklat, Mou kerjasama dengan institusi, target dan realisasi pelatihan dsb
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Realisasi Kegiatan
Denominator	Jumlah seluruh target kegiatan
Sumber Data	Kepala Urusan Diklat
Standar	60%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kelompok Substansi Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian

6. BIDANG PENGEMBANGAN BISNIS DAN PENGENDALIAN MUTU RUMAH SAKIT.

1. Kelompok Substansi Hubungan Masyarakat, Pemasaran Dan Pengembangan Bisnis

1) Kecepatan respon terhadap komplain (KRK)

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

2) Target viewers youtube

Judul	Target viewers youtube
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Mencapai viewer sebanyak mungkin
Definisi Operasional	Respon masyarakat terhadap youtube rumah sakit, baik dalam jumlah subscribe ataupun viewers serta tanggapan dalam kolom komentar yang menjadikan tolak ukur seberapa banyak respon atau antusias warga atau masyarakat tentang peningkatan pelayanan Kesehatan melalui youtube. Semakin banyak viewers terhadap youtube RSUD berarti semakin baik respon.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah viewer
Denominator	Target viewers sampai dengan tahun 2024 adalah 5.000
Sumber Data	Kelompok Substansi Hubungan Masyarakat, Pemasaran dan Pengembangan Bisnis
Standar	95 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Bidang Pengembangan Bisnis dan Pengendalian Mutu Rumah Sakit

3) Realisasi terhadap kerjasama pemasaran

Judul	Realisasi terhadap kerjasama pemasaran
Dimensi Mutu	Saling menguntungkan, efektif dan efisien
Tujuan	Diketahuinya respon terhadap kerjasama
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pembukaan jaringan dengan seluruh perusahaan, asuransi yang menyediakan jaminan kesehatan, Kerjasama Rumah Sakit. - Menyiapkan kelengkapan persyaratan Kerjasama antar para pihak. - Melakukan MOU/PKS untuk Kerjasama yang akan dilakukan. - Melakukan sosialisasi program Kerjasama ke bagian terkait: <ul style="list-style-type: none"> • Keuangan • Customer service • Rekam medis • Penarek • Kasir • Tim JKN (Asuransi) • Bagian Umum (untuk diluar Asuransi) • Bagian IPRS (untuk diluar Asuransi)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kerjasama yang ditinjaklanjuti
Denominator	Seluruh kerjasama yang masuk
Sumber Data	Kelompok Substansi Hubungan Masyarakat, Pemasaran dan Pengembangan Bisnis
Standar	75 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Bidang Pengembangan Bisnis dan Pengendalian Mutu Rumah Sakit

2. Kelompok Substansi Pengendalian Mutu Dan Akreditasi Rumah Sakit

1) Kepuasan Pelanggan (Indeks Kepuasan Masyarakat)

Judul	Kepuasan Pelanggan (Indeks Kepuasan Masyarakat)
Dimensi Mutu	Akseptabilitas
Tujuan	Tersampaikan informasi tentang kepuasan pelanggan terhadap pelayanan
Definisi Operasional	Kepuasan Pelanggan adalah : Pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Skala maksimal nilai IKM
Denominator	(Hasil Penilaian IKM dibagi Skala Maksimal nilai IKM) x 100 %
Sumber Data	Kelompok Substansi Pengendalian Mutu dan Akreditasi Rumah Sakit
Standar	86 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Bidang Pengembangan Bisnis dan Pengendalian Mutu Rumah Sakit

2) Kepuasan Pelanggan (Survey Kepuasan Pelanggan)

Judul	Kepuasan Pelanggan (Survey Kepuasan Pelanggan)
Dimensi Mutu	Akseptabilitas
Tujuan	Tersampaikan informasi tentang kepuasan pelanggan terhadap pelayanan
Definisi Operasional	Kepuasan Pelanggan adalah : Pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
Numerator	Skala maksimal nilai SKP
Denominator	(Hasil Penilaian SKP dibagi Skala Maksimal nilai SKP) x 100 %
Sumber Data	Kelompok Substansi Pengendalian Mutu dan Akreditasi Rumah Sakit
Standar	86 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Bidang Pengembangan Bisnis dan Pengendalian Mutu Rumah Sakit

7. BIDANG PELAYANAN MEDIK

1. Kelompok Substansi Pelayanan Medik Rawat Inap

1) Tindak lanjut komplain pelayanan medik Rawat Inap < 24 jam

Judul	Tindak lanjut komplain pelayanan medik Rawat Inap < 24 jam
Dimensi Mutu	Hubungan antar manusia, kontinuitas, keamanan, kenyamanan, kompetensi teknis
Tujuan	Menghindari resiko medik lebih lanjut
Definisi Operasional	Respon RS dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/dampak risiko berupa ekstrim (merah), tinggi (kuning), rendah (hijau) dan dibuktikan dengan data. Warna Merah : Cendrung dengan polisi , pengadilan, kematian, menancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian materill dll Warna Kuning : Cendrung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian materil dll Warna Hijau : Tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah komplain yang ditindaklanjuti
Denominator	Seluruh komplain yang masuk
Sumber Data	Hubungan Masyarakat RSUD Kota Bogor, Komite Medik
Standar	75 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Bidang Pelayanan Medik

2) Visite Dokter Spesialis Rawat Inap

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

3) Diversifikasi pelayanan Rawat Inap

Judul	Diversifikasi pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Meningkatkan variasi pelayanan medik
Definisi Operasional	Variasi pelayanan medik yang didapatkan melalui assessment kebutuhan yang dilakukan setiap tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah pelayanan medik baru/terbarukan
Denominator	Jumlah target diversifikasi setahun (satu produk)
Sumber Data	Kelompok Substansi Pelayanan Medik Rawat Inap
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Bidang Pelayanan Medik

2. Kelompok Substansi Pelayanan Medik Rawat Jalan

1) Tindak lanjut komplain pelayanan medik Rawat Jalan < 24 jam

Judul	Tindak lanjut komplain pelayanan medik Rawat Jalan < 24 jam
Dimensi Mutu	Hubungan antar manusia, kontinuitas, keamanan, kenyamanan, kompetensi teknis
Tujuan	Menghindari resiko medik lebih lanjut
Definisi Operasional	Respon RS dalam menanggapi komplain baik tertulis, lisan atau melalui mass media yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan grading/dampak risiko berupa ekstrim (merah), tinggi (kuning), rendah (hijau) dan dibuktikan dengan data. Warna Merah : Cendrung dengan polisi , pengadilan, kematian, menancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian materil dll Warna Kuning : Cendrung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian materil dll Warna Hijau : Tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah komplain yang ditindaklanjuti
Denominator	Seluruh komplain yang masuk
Sumber Data	Kelompok Substansi Hubungan Masyarakat, Pemasaran dan Pengembangan Bisnis, Komite Medik
Standar	75 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Bidang Pelayanan Medik

2) Visite Dokter Spesialis Rawat Jalan

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

3) Diversifikasi pelayanan Rawat Jalan

Judul	Diversifikasi pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan
Tujuan	Meningkatkan variasi pelayanan medik
Definisi Operasional	Variasi pelayanan medik yang didapatkan melalui assessment kebutuhan yang dilakukan setiap tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah pelayanan medik baru/terbarukan
Denominator	Jumlah target diversifikasi setahun (satu produk)
Sumber Data	Kelompok Substansi Pelayanan Medik Rawat Jalan
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala Bidang Pelayanan Medik

8. BIDANG PELAYANAN KEPERAWATAN

1. Kelompok Substansi Keperawatan Rawat Inap

1) Hasil Audit Standar Asuhan Keperawatan (SAK) Rawat Inap

Judul	Hasil Audit Standar Asuhan Keperawatan (SAK) Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Diketuainya presentase penerapan Standar Asuhan Keperawatan (SAK)
Definisi Operasional	Audit yang dilakukan terhadap setiap unit perawat yang menetapkan standar SAK
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Presentase pelaksanaan standar SAK
Denominator	Nilai Composit penerapan standar SAK
Sumber Data	Laporan audit SAK
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kelompok Substansi Pelayanan Keperawatan Rawat Inap

2) Pelaksanaan Metode Pelayanan Keperawatan Profesional (MPKP) Rawat Inap

Judul	Pelaksanaan Metode Pelayanan Keperawatan Profesional (MPKP) Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Diketuainya presentase jumlah ruangan yang menerapkan MPKP
Definisi Operasional	<i>Assessment</i> Pelaksanaan metode pelayanan keperawatan di ruang perawat
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah ruangan yang melaksanakan MPKP
Denominator	Jumlah seluruh ruangan yang melaksanakan MPKP
Sumber Data	Laporan MPKP
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kelompok Substansi Pelayanan Keperawatan Rawat Inap

3) Ketepatan pelaksanaan *case conference* 1 (satu) bulan sekali Rawat Inap

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

2. Kelompok Substansi Keperawatan Rawat Jalan

1) Hasil Audit Standar Asuhan Keperawatan (SAK) Rawat Jalan

Judul	Hasil Audit Standar Asuhan Keperawatan (SAK) Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Diketuainya presentase penerapan Standar Asuhan Keperawatan (SAK)
Definisi Operasional	Audit yang dilakukan terhadap setiap unit perawat yang menetapkan standar SAK
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Presentase pelaksanaan standar SAK
Denominator	Nilai Composit penerapan standar SAK
Sumber Data	Laporan audit SAK
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kelompok Substansi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan

2) Pelaksanaan Metode Pelayanan Keperawatan Profesional (MPKP) Rawat Jalan

Judul	Pelaksanaan Metode Pelayanan Keperawatan Profesional (MPKP) Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Diketuainya presentase jumlah ruangan yang menerapkan MPKP
Definisi Operasional	<i>Asessment</i> Pelaksanaan metode pelayanan keperawatan di ruang perawat
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah ruangan yang melaksanakan MPKP
Denominator	Jumlah seluruh ruangan yang melaksanakan MPKP
Sumber Data	Laporan MPKP
Standar	80 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kelompok Substansi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan

3) Ketepatan pelaksanaan *case conference* 1 (satu) bulan sekali Rawat Jalan

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

9. BIDANG PELAYANAN PENUNJANG

1. Kelompok Substansi Sarana dan Pelayanan Penunjang Medik

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

Judul	<i>Respon time</i> Tindak Lanjut kerusakan pada alat kesehatan < 1 X 24 Jam
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu < 1x24 jam harus sudah ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 1x24 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber Data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	90 %
Penanggung jawab Pengumpulan Data	Kepala IPSRS

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

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

2. Kelompok Substansi Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3RS)

1) Baku Mutu Limbah Cair

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

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

Judul	Pemeriksaan follow up dan pemberian seri Vaksin untuk petugas yang tertusuk jarum
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Terpantaunya tindaklanjut pemberian vaksin pada petugas yang tertusuk jarum
Definisi Operasional	Kegiatan pemberian vaksin bagi petugas yang tertusuk jarum secara berkala
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Petugas yang tertusuk jarum dan di vaksin
Denominator	Seluruh Petugas yang tertusuk jarum dan tidak tertusuk jarum (petugas berisiko)
Sumber Data	Laporan Sub Koor K3RS
Standar	67%
Penanggungjawab Pengumpul Data	Kepala Sub Koor K3RS


WALI KOTA BOGOR,
BIMA ARYA