

LAMPIRAN
PERATURAN GUBERNUR NUSA TENGGARA BARAT
NOMOR TAHUN 2023
TENTANG
PERUBAHAN KEDUA ATAS PERATURAN
GUBERNUR NOMOR 17 TAHUN 2017 TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT
JIWA MUTIARA SUKMA

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

BAB 1

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H, ayat (1) Perubahan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB mempunyai karakteristik dan organisasi yang berhubungan dengan kekehususannya dan karakteristik sistem kerja yang kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lain dan sinergis. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang perlu diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar, membuat semakin kompleksnya permasalahan di rumah sakit. Pada hakekatnya rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Fungsi dimaksud memiliki makna tanggung jawab yang seyogyanya merupakan tanggung jawab pemerintah dalam meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal BAB I ayat 6 menyatakan: Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM

adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Ayat 7. Indikator SPM adalah tolok ukur untuk prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan.

Ayat 8. pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan.

Dalam penjelasan pasal 39 ayat 2 PP RI No 58 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah menyebutkan bahwa yang dimaksud dengan standar pelayanan minimal adalah tolok ukur kinerja dalam menentukan capaian jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Standar pelayanan minimal ini dimaksudkan agar tersedianya panduan bagi Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung-jawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB.

Standar pelayanan minimal ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau satuan, rujukan, target untuk tahun 2023 sampai dengan tahun 2027, cara perhitungan/rumus/pembilang dan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja dan sumber data.

C. PENGERTIAN

Umum:

1. Standar Pelayanan Minimal:

Adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.

2. Rumah Sakit:

Adalah sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kurative dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Khusus :

1. **Jenis Pelayanan** adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
2. **Mutu Pelayanan** adalah kesesuaian dengan standar yang ditetapkan. Kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
3. **Dimensi Mutu** adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
4. **Kinerja** adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
5. **Indikator Kinerja** adalah variabel yang dapat 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.
6. **Standar** adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
7. **Definisi operasional:** dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
8. **Frekuensi pengumpulan data** adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator
9. **Periode analisis** adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan

10. **Pembilang (numerator)** adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja
11. **Penyebut (denominator)** adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja
12. **Standar** adalah ukuran pencapaian mutu/kinerja yang diharapkan bisa dicapai
13. **Sumber data** adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan

D. LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 64 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1649);
2. Undang-Undang Nomor 64 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1649);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
6. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502); - Ganti PP 65 /2005

8. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21);
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/ /III/2002 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/ /II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
15. Peraturan Gubernur NTB Nomer 61 Tahun 2020 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat (Berita Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2020 Nomor 61).
16. Peraturan Gubernur NTB Nomer 65 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Nomor 17 tahun 2017 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma (Berita Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2020 Nomor 65).

BAB II
SISTEMATIKA DOKUMEN
STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

Sistematika dokumen SPM disusun dalam bentuk :

- BAB I Pendahuluan, terdiri dari:
 - A. Latar Belakang
 - B. Maksud dan Tujuan
 - C. Pengertian
 - D. Landasan Hukum
- BAB II Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- BAB III Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa, terdiri dari:
 - I. Jenis-Jenis Pelayanan Rumah Sakit
 - II. SPM Jenis Pelayanan, Indikator dan Standar
- BAB IV Peran Pemerintah Pusat dan Provinsi
- BAB V Penutup

BAB III

STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT JiWA

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dalam pedoman ini meliputi jenis-jenis pelayanan, indikator dan standar pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit.

I. Jenis-jenis pelayanan rumah sakit

Jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang disediakan oleh Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma adalah meliputi:

A. Jenis Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan :

1. Klinik Psikogeriatric Terpadu
2. Klinik Psikiatri Dewasa
3. Klinik Tumbuh Kembang Anak dan Remaja "Mental Sehat Ceria" (MSC)
4. Day Care Rehabilitasi Psikososial
5. Klinik Penyakit Dalam
6. Klinik Penyakit Syaraf
7. Klinik Penyakit Anak
8. Klinik Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi Medik
9. Klinik Spesialis Konservasi Gigi
10. Klinik Khusus TB_DOTs
11. Klinik Khusus Konseling Test HIV Sukarela (KTS)
12. Klinik Konseling NAPZA dan IPWL (Institusi Penerima Wajib Lapo)
13. Klinik Konseling ACT Spesialis Keperawatan Jiwa
14. Klinik Medical Check Up
15. Klinik Konseling Psikolog Anak Remaja dan Dewasa
16. Klinik Konseling Gizi
17. Klinik Rehabilitasi Medik (Okupasi, Fisioterapi dan Wicara)
18. Klinik Psikometri

B. Jenis Pelayanan Kesehatan Rawat Inap

C. Pelayanan Gawat Darurat Psikiatrik Dan Umum

D. Pelayanan Rekam Medik

E. Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat (Keswamas)

1. Kegiatan mobile clinic, home visit dan home care
2. Pelayanan integrasi dengan FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama)
3. Penyuluhan kesehatan
4. Pengembangan Kelompok Swabantu
5. Pelayanan Integrasi keluarga (Self Help Group)

6. Dropping pasien
 7. Acertive Comunity Treatment (ACT)
 8. Pelayanan korban bencana yang mengalami gangguan jiwa dengan Dukungan Kesehatan Jiwa Psikososial (DKJPS)
 9. Hotline krisis pasung dan orang dengan gangguan jiwa pada aplikasi MAKPASOL (Masyarakat Aktif Klik Pasung Online).
 10. SIRUKOGALAR (Sistem Rujukan Komunikasi Tiga Pilar).
 11. Layanan Pencegahan Orientasi Bunuh Diri Mutiara Sukma (LAPOR BUDIR MUTIARA SUKMA)
- F. Pelayanan Rehabilitasi Psikososial
1. Terapi Okupasi
 2. Terapi Kerja
 3. Terapi Psikologi
- G. Pelayanan Detoksifikasi Dan Rehabilitasi NAPZA
- H. PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit)
1. Layanan “Pojok Healing”
 2. Penyuluhan Kesehatan dan Penyebarluasan informasi dan edukasi melalui media cetak, media elektronik, media sosial dan media edukasi lainnya.
 3. Kunjungan perlakuan skrining ke sasaran pada kelompok resiko tertentu/masyarakat.
- I. Pelayanan Penunjang :
1. Pelayanan laboratorium
 2. Pelayanan Farmasi
 3. Pelayanan Radiologi ; X-ray dan USG
 4. Pelayanan Elektromedik; EKG, EEG, ECT premedikasi, Neurofeedback dan brain mapping
 5. Pelayanan Laboratorium
 6. Pelayanan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS)
 7. Pelayanan Farmasi
 8. Pelayanan Gizi
 9. Pelayanan Laundry
 10. Pelayanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana RS
 11. Pelayanan Sanitasi
 12. Pelayanan Pendidikan dan Pelatihan
 13. Pelayanan SIRS

14. Pelayanan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Lingkungan Rumah Sakit (K3LRS)

15. Pelayanan Ambulance

J. Pelayanan Administrasi Manajemen

II. SPM JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

| NO | Jenis Pelayanan | Standar Pelayanan Minimal | | |
|---------------------------|--------------------------------|---------------------------|--|-----------------------|
| | | Indikator | Standar | |
| A. PELAYANAN MEDIK | | | | |
| I | PELAYANAN GAWAT DARURAT | 1 | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa | 100 % |
| | | 2 | Jam buka pelayanan gawat darurat | 24 jam |
| | | 3 | Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/ALS/GELS /Psikiatric Emergency yang masih berlaku | 100 % |
| | | 4 | Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana | Satu Tim |
| | | 5 | Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat ≤ 5 menit sejak pasien datang | ≤ 5 menit |
| | | 6 | Kepuasan pelanggan pada Instalasi Gawat Darurat | ≥ 90 % |
| | | 7 | Kematian pasien ≤ 24 jam Di Instalasi Gawat darurat | \leq dua per seribu |
| | | 8 | Pasien yang dapat ditenangkan dalam waktu < 48 jam | 100 % |
| | | 9 | Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka | 100 % |
| | | 10 | Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) ≤ 4 jam | 100% |
| | | 11 | Waktu pelayanan ambulance 24 jam | 24 jam |
| | | 12 | Kecepatan pemberian pelayanan ambulance ≤ 2 jam | 100 % |
| | | 13 | Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah ≤ 2 jam | ≤ 2 jam |
| II | PELAYANAN RAWAT JALAN | 1 | Pemberi pelayanan di klinik Spesialis | 100% |
| | | 2 | Ketersediaan pelayanan rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Jenis Pelayanan Minimal : - Anak Remaja Dewasa - NAPZA - Gangguan Psikotik - Gangguan Nerotik - Mental Retardasi - Mental Organik | 100% |

| | | | | |
|------------|-----------------------------|----|--|------------|
| | | | - Lanjut Usia (Geriatri) | |
| | | 3 | Ketepatan waktu pelayanan sesuai dengan jam buka pelayanan | 100 % |
| | | 4 | Waktu tunggu rawat jalan ≤60 menit | ≤60 menit |
| | | 5 | Kepuasan pelanggan pada rawat jalan | ≥90 % |
| | | 6 | Jam buka pelayanan Psikometri sesuai ketentuan | 100% |
| | | 7 | Keteraturan pengambilan obat ARV (Anti Retro Viral) pada pasien HIV/ AIDS | ≥90% |
| | | 8 | Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS | 100% |
| | | 9 | Respon time pelayanan klinik Gigi dan Mulut ≤ 30 menit | ≤ 30 menit |
| | | 10 | Respon time pelayanan klinik Rehabilitasi Medik | ≤ 30 menit |
| III | PELAYANAN RAWAT INAP | 1 | Pemberi pelayanan di rawat inap Spesialis dan minimal d3 keperawatan | 100 % |
| | | 2 | Dokter penanggung jawab pasien rawat inap | 100 % |
| | | 3 | Jam visite dokter spesialis sesuai ketentuan | ≥ 80 % |
| | | 4 | Kejadian Infeksi Nosokomial | ≤ 1,5% |
| | | 5 | Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS | 100% |
| | | 6 | Kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/kematian | ≤ 3 % |
| | | 7 | Kematian pasien > 48 jam | ≤ 0,24% |
| | | 8 | Kejadian pulang paksa | ≤ 5 % |
| | | 9 | Kepuasan Pelanggan Instalasi Rawat Inap | ≥ 90% |
| | | 10 | Jenis Pelayanan Minimal : -Anak Remaja Dewasa -NAPZA -Gangguan Psikotik -Gangguan Nerotik -Mental Retardasi -Mental Organik -Lanjut Usia (Geriatri) | 100% |
| | | 11 | Tidak ada kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri | 100 % |
| | | 12 | Tidak adanya kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤1 bulan | 100% |
| | | 13 | Lama hari perawatan pasien | ≥ 90% |

| | | | | |
|------------|---|----|--|-----------------|
| | | | gangguan jiwa \leq 3 minggu | |
| | | 14 | Tidak ada pasien yang difiksasi fisik $>$ 4 jam | 100 % |
| | | 15 | Tidak adanya kejadian pasien melarikan diri di ruang rawat inap | 100 % |
| IV | PELAYANAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL | 1 | Kepatuhan kedatangan rehabilitan sesuai dengan Jam buka pelayanan instalasi pukul 09.00 WITA | \geq 80% |
| | | 2 | Kepatuhan profesi pemberi pelayanan terhadap jadwal kegiatan yang sudah disepakati | \geq 80% |
| V | PELAYANAN REKAM MEDIK | 1 | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | \geq 70 % |
| | | 2 | Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas | 100 % |
| | | 3 | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan \leq 10menit | \leq 10menit |
| | | 4 | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap \leq 45 menit | \leq 45 menit |
| VI | PELAYANAN KESEHATAN JIWA MASYARAKAT | 1 | Ketersediaan tim Keswamas (lengkap) | 100 % |
| | | 2 | Persentase kasus pasung yang tertangani | 100% |
| VII | PELAYANAN DETOKSIFIKASI DAN REHABILITASI NAPZA | 1 | Kelengkapan tim pemberi Pelayanan Detoksifikasi dan Rehabilitasi NAPZA | 100 % |
| | | 2 | Ketersediaan pelayanan : -detoksifikasi -konseling NAPZA -family support group -home visit -Rehabilitasi -Outing | 100 % |
| | | 3 | Tidak ada kejadian re-admission kurang dari 1 bulan karena relaps pada klien Rehabilitasi NAPZA | 100 % |
| | | 4 | Tidak adanya kejadian klien rehabilitasi NAPZA melarikan diri dari Rumah Sakit | 100 % |
| B | PELAYANAN PENUNJANG | | | |
| I | PELAYANAN RADIOLOGI | 1 | Waktu Tunggu hasil Pelayanan thorax foto $<$ 1 jam | $<$ 1 jam |
| | | 2 | Pelaksana ekspertisi dokter | 100 % |

| | | | | |
|------------|--|---|--|------------------|
| | | | spesialis | |
| | | 3 | Kejadian kegagalan pelayanan rontgen berupa kerusakan foto | $\leq 2 \%$ |
| | | 4 | Kepuasan pelanggan | $\geq 90 \%$ |
| II | PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK | 1 | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (pemeriksaan kimia darah & darah rutin) ≤ 140 menit | ≤ 140 menit |
| | | 2 | Pelaksana ekspertisi oleh Spesialis | 100 % |
| | | 3 | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium | 100 % |
| | | 4 | Kepuasan pelanggan | $\geq 90\%$ |
| | | 5 | Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium | < 30 menit |
| III | PELAYANAN FARMASI | 1 | Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit | ≤ 30 menit |
| | | 2 | Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit | ≤ 60 menit |
| | | 3 | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat | 100 % |
| | | 4 | Kepuasan Pelanggan | $\geq 90 \%$ |
| | | 5 | Penulisan resep sesuai Formularium Rumah Sakit sesuai peraturan yang ada | 100 % |
| IV | PELAYANAN GIZI | 1 | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | 100 % |
| | | 2 | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien | $\leq 20\%$ |
| | | 3 | Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet | 100 % |
| V | PENGELOLAAN LIMBAH | 1 | Baku mutu limbah cair sesuai dengan aturan yang ada | 100 % |
| | | 2 | Pengelolaan limbah padat berbahaya dan infeksius sesuai dengan aturan | 100 % |
| VI | PELAYANAN LAUNDRY | 1 | Tidak ada kejadian linen yang hilang | 100 % |
| | | 2 | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap | 100 % |
| VII | PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT | 1 | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat | $\geq 80 \%$ |
| | | 2 | Peralatan medis terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan | 100 % |
| | | 3 | Ketepatan waktu pemeliharaan alat | 100 % |

| | | | | |
|----------|--|----|---|--------|
| | | 4 | Kepatuhan Petugas dalam melakukan pemeriksaan berkala peralatan komputer di setiap unit sesuai jadwal | 100 % |
| C | ADMINISTRASI MANAJEMEN | | | |
| | | 1 | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan manajemen | 100 % |
| | | 2 | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja | 100 % |
| | | 3 | Tersusunnya laporan manajemen risiko terintegrasi | 100 % |
| | | 4 | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat | 100 % |
| | | 5 | Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala | 100 % |
| | | 6 | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam/tahun | ≥ 60 % |
| | | 7 | Cost recovery rate (keuangan) | > 40 % |
| | | 8 | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan | 100 % |
| | | 9 | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap ≤ 2 jam | 100 % |
| | | 10 | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu | 100 % |
| | | 11 | Kecepatan respon terhadap komplain | > 75 % |
| | | 12 | Rasio PNBPN terhadap biaya operasional (PB) | > 65 % |
| | | 13 | Tugas satuan pengamanan selama 24 jam penuh | 100 % |
| | | 14 | Tidak ada kejadian kehilangan barang milik Rumah Sakit | 100 % |
| | | 15 | Tidak ada kejadian kehilangan barang milik pasien dan keluarganya | 100 % |
| | | 16 | Kepatuhan pemberian label sementara pada pengadaan barang baru | 100 % |
| D | PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI | | | |
| | | 1 | Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih | ≥ 75 % |
| | | 2 | Tersedia APD di setiap instalasi | 100 % |
| | | 3 | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi Nosokomial Rumah Sakit | ≥ 75 % |

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. PELAYANAN MEDIK

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa |
| Dimensi Mutu | Efektivitas dan keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit Jiwa dalam memberikan pelayanan gawat darurat |
| Definisi operasional | Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia pada anak dan dewasa dengan urutan airway, breath, circulation |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Instalasi Gawat Darurat |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Instalasi gawat darurat |
| Formula | $(\text{Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Instalasi Gawat Darurat} \div \text{Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Instalasi gawat darurat}) \times 100\%$ |
| Sumber Data | Rekam Medik di Instalasi Gawat Darurat |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

2. Jam buka pelayanan gawat darurat

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Jam buka pelayanan gawat darurat |
| Dimensi Mutu | Keterjangkauan |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di RSJ Mutiara Sukma |
| Definisi operasional | Jam buka 24 jam adalah : Instalasi gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setahun sekali |

| | |
|---------------------------------|--|
| Numerator | Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah hari dalam satu bulan |
| Formula | Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan dibagi Jumlah hari dalam satu bulan |
| Sumber Data | Laporan bulanan |
| Standar | 24 jam |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/ALS/GELS/ Psikiatric Emergency yang masih berlaku

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/ALS/GELS/ Psikiatric Emergency yang masih berlaku |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat Umum dan psikiatri oleh tenaga kompeten dalam bidang kegawatdaruratan |
| Definisi operasional | Tenaga Kompeten pada gawat darurat umum dan psikiatri adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/ALS/ GELS/ Psiciatric Emergency |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setahun Sekali |
| Numerator | Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/ALS/GELS/ Psiciatric Emergency |
| Denominator | Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan |
| Formula | (Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/ALS/GELS/ Psyciatric Emergency dibagi Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan) x 100 % |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepan la Instalasi Gawat Darura t |

4. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

| | |
|--------------|---|
| Judul | Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan Efektifitas |
| Tujuan | Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana |

| | |
|---------------------------------|---|
| Definisi operasional | Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Tahun |
| Periode Analisa | Setahun Sekali |
| Numerator | Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit |
| Denominator | Tidak ada |
| Formula | Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di Rumah sakit |
| Sumber Data | Instalasi Gawat Darurat |
| Standar | Satu tim |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

5. Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat \leq 5 menit sejak pasien datang

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat \leq 5 menit sejak pasien datang |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan Efektifitas |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menenangkan pasien gaduh gelisah dan gawat darurat |
| Definisi operasional | Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (\leq 5 menit) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter setiap bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal n = 50) |
| Formula | Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter di bagi Jumlah seluruh pasien yang di sampling |
| Sumber Data | Register IGD (memuat waktu yang dimaksud) dengan Survey |
| Standar | \leq 5 menit terlayani setelah pasien datang |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

6. Kepuasan pelanggan pada Instalasi Gawat Darurat

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Kepuasan pelanggan pada Instalasi Gawat Darurat |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi operasional | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif pasien yang memberikan penilaian puas di instalasi gawat darurat saat disurvei |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survei (minimal n = 50) |
| Formula | (Jumlah kumulatif pasien yang memberikan penilaian puas di instalasi gawat darurat saat disurvei dibagi jumlah seluruh pasien gawat darurat yang di survei (minimal n = 50)) x 100 % |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≥ 90 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

7. Kematian Pasien ≤ 24 jam di Instalasi Gawat Darurat

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Kematian Pasien ≤ 24 jam di Instalasi Gawat Darurat |
| Dimensi Mutu | Efektivitas dan keselamatan pasien |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat |
| Definisi operasional | Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap Tahun |
| Numerator | Jumlah pasien meninggal di IGD ≤ 24 jam sejak datang |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang ditangani di IGD |
| Formula | (Jumlah pasien meninggal di IGD ≤ 24 jam dibagi Jumlah seluruh pasien di IGD) x 100% |
| Sumber Data | Rekam Medik IGD |
| Standar | ≤ 2 per seribu |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

8. Pasien yang dapat ditenangkan ≤ 48 jam

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Pasien yang dapat ditenangkan ≤ 48 jam |
| Dimensi Mutu | Efektivitas dan keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menenangkan dan menyelamatkan pasien jiwa dalam pelayanan gawat darurat kesehatan jiwa |
| Definisi Operasional | Pasien dapat ditenangkan adalah pasien dengan gangguan jiwa yang dengan intervensi medis tidak lagi menunjukkan gejala dan tanda agresif yang dapat mencelakakan diri sendiri maupun orang lain sebagai akibat gangguan jiwa yang diderita |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga Bulan Sekali |
| Numerator | Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan ≤ 48 jam |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di gawat darurat |
| Formula | (Jumlah pasien gangguan jiwa yang dapat ditenangkan ≤ 48 jam dibagi Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang menunjukkan gejala dan tanda agresif yang ditangani di gawat darurat) x 100% |
| Sumber data | Rekam Medik |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

9. Tidak adanya keharusan membayar uang muka

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya keharusan membayar uang muka |
| Dimensi Mutu | Akses dan keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat |
| Definisi Operasional | Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak Rumah Sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap Tahun |
| Numerator | Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat (minimal n = 50) |
| Formula | (Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar |

| | |
|---------------------------------|---|
| | uang muka dibagi Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat) x 100% |
| Sumber data | Survey (minimal n = 50) |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

10. Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) \leq 4 jam

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) \leq 4 jam |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan kegawatdaruratan yang cepat, responsive dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat |
| Definisi operasional | Emergency Psychiatric Respon Time yang dimaksud adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk menangani pasien gaduh gelisah di IGD menjadi tenang (menenangkan) dalam waktu \leq 4 jam sejak diagnosis ditegakkan. Kriteria penilaian menggunakan instrument PANSS-EC |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien gaduh gelisah yang ditangani \leq 4 jam |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien gaduh gelisah di IGD |
| Formula | (Jumlah pasien gaduh gelisah yang ditangani \leq 4 jam dibagi Jumlah seluruh pasien gaduh gelisah di IGD) x 100 % |
| Sumber Data | Survey (minimal n=50) |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

11. Waktu pelayanan Ambulance 24 jam

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Waktu pelayanan Ambulance 24 jam |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan ambulance yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan |
| Definisi operasional | Waktu pelayanan ambulance adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien selama 24 jam |
| Frekuensi | Setiap bulan |

| | |
|---------------------------------|---|
| Pengumpulan Data | |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah hari dalam bulan tersebut |
| Formula | Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan dibagi Jumlah hari dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | Catatan penggunaan ambulance |
| Standar | 24 Jam |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi gawat darurat |

12. Kecepatan pemberian pelayanan ambulance ≤ 2 jam

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance ≤ 2 jam |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan, keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketanggapan Rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance |
| Definisi operasional | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance adalah : waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance diajukan oleh pasien/keluarga pasien di Rumah Sakit sampai tersedianya ambulance ≤ 2 jam |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah penyediaan ambulance tepat waktu dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan |
| Formula | (Jumlah penyediaan ambulance tepat waktu dalam satu bulan dibagi Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Catatan penggunaan ambulance |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi gawat darurat |

13. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam

| | |
|--------------|--|
| Judul | Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah ≤ 2 jam |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah. |

| | |
|---------------------------------|---|
| Definisi operasional | Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas ≤ 2 jam |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap tahun |
| Numerator | Jumlah komulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah total pasien yang diamati dalam satu bulan. |
| Formula | Jumlah komulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan dibagi Jumlah Total Pasien yang diamati dalam satu bulan |
| Sumber Data | Catatan penggunaan ambulance |
| Standar | ≤ 2 jam |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Pemberi pelayanan di klinik spesialis |
| Dimensi Mutu | Kompetensi tehnis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten |
| Definisi operasional | Poliklinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit jiwa yang dilayani oleh dokter spesialis |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| 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 |
| Formula | (Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan di bagi Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Register rawat jalan poli klinik spesialis |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan di Rumah sakit Jiwa

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan di rumah sakit Jiwa |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan yang minimal harus ada di Rumah sakit Jiwa |
| Definisi operasional | Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit jiwa Mutiara sukma. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Tahun |
| Periode Analisa | Setahun Sekali |
| Numerator | Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik psikiatri yang harus ada (kualitatif) |
| Denominator | Tidak ada |
| Formula | Jenis pelayanan rawat jalan spesialistik psikiatri yang harus ada |
| Sumber Data | Regulasi Jenis pelayanan |
| Standar | Jenis Pelayanan Minimal : -Anak Remaja Dewasa -NAPZA -Gangguan Psikotik -Gangguan Nerotik -Mental Retardasi -Mental Organik |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

3. Ketepatan waktu pelayanan sesuai dengan jam buka pelayanan

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Ketepatan waktu pelayanan sesuai dengan jam buka pelayanan |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma |
| Definisi operasional | Jam buka Pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis. Jam buka hari senin-jumat 08.00 sd 16.00 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan |

| | |
|---------------------------------|---|
| Formula | (Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan dibagi Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam satu bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Register rawat jalan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

4. Waktu Tunggu Rawat Jalan \leq 60 menit

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Waktu Tunggu Rawat Jalan \leq 60 menit |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja yang mudah dan cepat diakses oleh pasien |
| Definisi operasional | Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang diperlukan mulai dari pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survey |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey |
| Formula | Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survei di bagi Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survey (minimal = 50) |
| Sumber Data | Survey (minimal n=50) |
| Standar | \leq 60 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

5. Kepuasan pelanggan pada Instalasi rawat jalan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kepuasan pelanggan pada Instalasi 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 di berikan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif pasien yang memberikan penilaian puas di rawat jalan saat disurvei |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei |

| | |
|---------------------------------|--|
| | (minimal n=50) |
| Formula | (Jumlah kumulatif pasien yang memberikan penilaian puas di rawat jalan saat disurvei dibagi Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei (minimal n=50)) x 100 % |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | $\geq 90\%$ |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

6. Jam buka pelayanan psikometri sesuai ketentuan.

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Jam buka pelayanan psikometri sesuai ketentuan. |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan psikometri pada hari kerja di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma |
| Definisi operasional | Jam buka pelayanan adalah jam di mulainya pelayanan oleh psikolog klinis jam 08.00-16.00 setiap hari kerja |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah hari pelayanan psikometri yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh hari pelayanan psikometri dalam satu bulan |
| Formula | (Jumlah hari pelayanan psikometri yang buka sesuai ketentuan dalam satu bulan dibagi Jumlah seluruh hari pelayanan psikometri dalam satu bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Register Klinik Psikometri |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

7. Keteraturan pengambilan obat ARV (Anti Retro Viral) pasien HIV/AIDS

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Keteraturan pengambilan obat ARV (Anti Retro Viral) pasien HIV/AIDS |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan kesinambungan pelayanan. |
| Tujuan | Terselenggaranya keteraturan dan kepatuhan minum obat. |
| Definisi operasional | Keteraturan pengambilan obat ARV adalah keteraturan dan kepatuhan klien dalam mengambil dan mengkonsumsi obat ARV. |
| Frekuensi | Setiap bulan |

| | |
|---------------------------------|---|
| Pengumpulan Data | |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah klien ARV yang mengambil obat setiap bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh klien ARV |
| Formula | (Jumlah klien ARV yang mengambil obat setiap bulan dibagi Jumlah seluruh klien ARV) x 100 % |
| Sumber Data | Register Klinik KTS (Konsultasi dan Test HIV Sukarela) |
| Standar | ≥ 90%. |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat jalan |

8. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS |
| Dimensi Mutu | Akses, efisiensi |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS |
| Definisi operasional | Pelayanan rawat jalan tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap tiga bulan |
| Periode Analisa | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan |
| Formula | Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS dibagi dengan Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan |
| Sumber Data | Register rawat jalan, register TB 03 UPK |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

| | |
|----------------|--|
| pengumpul data | |
|----------------|--|

9. Respon Time Pelayanan Klinik Gigi Dan Mulut \leq 30 menit

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Respon time pelayanan Klinik Gigi dan Mulut \leq 30 menit |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan klinik gigi dan mulut pada hari kerja yang mudah dan cepat di akses oleh pasien |
| Definisi operasional | Respon time pelayanan klinik gigi dan mulut adalah rata-rata waktu yang diperlukan mulai dari pasien mendaftar di klinik gigi sampai dengan dilayani oleh Petugas di Klinik gigi \leq 30 menit |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Sebulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan pasien yang sudah terdaftar sejak tiba di klinik gigi dan mulut sampai dengan dilayani Petugas di Klinik gigi |
| Denominator | Jumlah seluruh sampel atau seluruh pasien klinik gigi dan mulut (minimal n = 30) |
| Formula | Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan pasien yang sudah terdaftar sejak tiba di klinik gigi dan mulut sampai dengan dilayani Petugas di Klinik gigi dibagi dengan Jumlah seluruh sampel atau seluruh pasien klinik gigi dan mulut |
| Sumber Data | Survey (minimal n=30) |
| Standar | \leq 30 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

10. Respon time pelayanan Klinik Rehabilitasi Medik \leq 30 menit

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Respon time pelayanan Klinik Rehabilitasi Medik \leq 30 menit |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan Klinik Rehabilitasi Medik pada hari kerja yang mudah dan cepat di akses oleh pasien |
| Definisi operasional | Respon time pelayanan Klinik Rehabilitasi Medik adalah rata-rata waktu yang diperlukan mulai dari pasien mendaftar di Klinik Rehabilitasi Medik sampai dengan dilayani oleh Petugas di Klinik Rehabilitasi Medik \leq 30 menit |
| Frekuensi | Setiap bulan |

| | |
|---------------------------------|--|
| Pengumpulan Data | |
| Periode Analisa | Sebulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan pasien yang sudah terdaftar sejak tiba di Klinik Rehabilitasi Medik sampai dengan dilayani Petugas di Klinik Rehabilitasi Medik |
| Denominator | Jumlah seluruh sampel atau seluruh pasien Klinik Rehabilitasi Medik (minimal n = 30) |
| Formula | Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan pasien yang sudah terdaftar sejak tiba di Klinik Rehabilitasi Medik sampai dengan dilayani Petugas di Klinik Rehabilitasi Medik dibagi dengan Jumlah seluruh sampel atau seluruh pasien Klinik Rehabilitasi Medik |
| Sumber Data | Survey (minimal n=30) |
| Standar | ≤ 30 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap Spesialis dan minimal D3 keperawatan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Pemberi pelayanan di Rawat Inap Spesialis dan minimal D3 keperawatan |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi operasional | Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter Spesialis, dokter, dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3 keperawatan) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setahun Sekali |
| Numerator | Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan |
| Denominator | Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap |
| Formula | (Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan dibagi Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap) x 100 % |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | 100 % |

| | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap |
|---------------------------------|-----------------------------|

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 | Setiap pasien yang dirawat di IRNA memiliki dokter penanggung jawab pasien (DPJP) yang mengkoordinir pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai DPJP sebagai penanggung jawab pasien |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan |
| Formula | $(\text{Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai DPJP sebagai penanggung jawab} \div \text{Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan}) \times 100 \%$ |
| Sumber Data | Rekam medik |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap |

3. Jam Visite dokter spesialis sesuai ketentuan

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Jam Visite dokter spesialis sesuai ketentuan |
| Dimensi Mutu | Akses, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan |
| Definisi operasional | Visite dokter Spesialis adalah kunjungan dokter spesialis sesuai dengan ketentuan kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 16.00 |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah visite dokter spesialis kedokteran jiwa antara jam 08.00 sampai dengan 16.00 yang di survey |
| Denominator | Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis saat survey |
| Formula | $(\text{Jumlah visite dokter spesialis kedokteran jiwa} \div \text{Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis saat survey}) \times 100 \%$ |

| | |
|---------------------------------|--|
| | antara jam 08.00 sampai dengan 16.00 yang di survey dibagi Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis saat survey) x 100 % |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | $\geq 80 \%$ |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap |

4. Kejadian Infeksi Nosokomial

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Kejadian Infeksi Nosokomial |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Mengetahui hasil penganadalian infeksi nosokomial rumah sakit |
| Definisi Operasional | Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan |
| Formula | (Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan dibagi Jumlah pasien rawat inap dalam bulan tersebut) x 100 % |
| Sumber Data | Survey, laporan infeksi nosokomial |
| Standar | $\leq 1,5\%$ |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap |

5. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS |
| Dimensi Mutu | Akses, efisiensi |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS |
| Definisi operasional | Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn |

| | |
|---------------------------------|--|
| | tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Tiap tiga bulan |
| Periode Analisa | Tiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan |
| Formula | Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS dibagi dengan Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan |
| Sumber Data | Register rawat inap, register TB 03 UPK |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap |

6. Kejadian Pasien Jatuh yang berakibat cacat/ kematian

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Kejadian Pasien Jatuh yang berakibat cacat/ kematian |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional (IPSG 6) |
| Definisi operasional | Kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/ kematian adalah keadaan dimana pasien jatuh selama mendapatkan pelayanan rawat inap di rumah sakit, baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi dsb. yang menyebabkan kecacatan/ kematian |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien jatuh yang menyebabkan kecacatan dan kematian |
| Denominator | Jumlah pasien rawat inap yang jatuh |
| Formula | (Jumlah kejadian pasien jatuh dibagi jumlah pasien rawat inap yang jatuh) x 100% |
| Sumber Data | Laporan keselamatan pasien |
| Standar | ≤ 3 % |

| | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap |
|---------------------------------|-----------------------------|

7. Kematian pasien > 48 jam

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Kematian pasien > 48 jam |
| Dimensi Mutu | Efektivitas dan keselamatan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan medik dan keperawatan yang aman dan efektif bagi pasien dalam upaya mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien internasional. |
| Definisi operasional | Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap >48 jam dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan |
| Formula | (Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap >48 jam dalam satu bulan dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan) x 100% |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | $\leq 0,24\%$ |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap |

8. Kejadian Pulang Paksa

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kejadian Pulang paksa |
| Dimensi Mutu | Efektivitas dan kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit |
| Definisi operasional | Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga sebelum diputuskan boleh pulang oleh DPJP |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan |
| Formula | (Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam |

| | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| | bulan tersebut) x 100% |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | ≤ 5 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap |

9. Kepuasan pelanggan Instalasi rawat inap

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Kepuasan pelanggan Instalasi 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 bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan dari pasien rawat inap yang disurvei |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei (minimal n = 50) |
| Formula | (Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan dari pasien rawat inap yang disurvei dibagi Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei (minimal n =50) x 100 % |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | ≥ 90 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap/Panitia Mutu |

10. Ketersediaan pelayanan rawat inap

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Ketersediaan pelayanan rawat inap |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit jiwa |
| Definisi operasional | Pelayanan rawat inap adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien rawat inap di rumah sakit jiwa Mutiara Sukma |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Tahun |
| Periode Analisa | Setahun sekali |
| Numerator | Tidak ada |

| | |
|---------------------------------|--|
| Denominator | Tidak ada |
| Formula | Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialisik psikiatrik yang dilaksanakan |
| Sumber Data | Regulasi Jenis Pelayanan |
| Standar | Jenis Pelayanan Minimal : -Anak Remaja Dewasa -NAPZA -Gangguan Psikotik -Gangguan Nerotik -Mental Retardasi -Mental Organik -Lanjut Usia (Geriatri) |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap |

11. Tidak ada kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Tidak ada kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah sakit Jiwa yang aman dan fektif |
| Definisi operasional | Kematian pasien jiwa karena bunuh diri adalah kematian yang terjadi pada pasien gangguan jiwa karena perawatan raweat inap yang tidak baik |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri selama dirawat inap dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh kematian pasien rawat inap satu bulan |
| Formula | (Jumlah kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri selama dirawat inap dalam satu bulan dibagi Jumlah seluruh kematian pasien rawat inap bulan tersebut) x 100% |
| Sumber Data | Rekam Medik |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap |

12. Tidak adanya Kejadian re-admisi pasien gangguan jiwa dalam waktu \leq 1 bulan

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Tidak adanya Kejadian re-admisi pasien gangguan jiwa dalam waktu \leq 1 bulan |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit jiwa yang efektif |
| Definisi operasional | Kejadian re-admission \leq 1 bulan adalah kejadian kembali dirawat inapnya pasien gangguan jiwa sebelum \leq 1 bulan setelah dipulangkan dari masa rawat inap sebelumnya |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang readmisi dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan sebelumnya |
| Formula | (Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang readmisi dalam 1 bulan dibagi Jumlah seluruh pasien gangguan jiwa yang dipulangkan dalam 1 bulan sebelumnya) dikali 100% |
| Sumber Data | Rekam medik |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap |

13. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa \leq 3 minggu

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa \leq 3 minggu |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit Jiwa yang efektif |
| Definisi operasional | Lamanya waktu perawatan pasien gangguan jiwa di Rumah sakit Jiwa |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah total pasien yang dirawat \leq 3 minggu selama 1 bulan |
| Denominator | Jumlah total pasien rawat inap bulan itu |
| Formula | (Jumlah total pasien yang dirawat \leq 3 minggu selama 1 bulan dibagi Jumlah total pasien rawat inap bulan itu)x 100% |
| Sumber Data | Rekam medik |

| | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| Standar | $\geq 90 \%$ |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap |

14. Tidak adanya pasien yang difiksasi fisik > 4 jam

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Tidak ada pasien yang difiksasi fisik > 4 jam |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman, efektif, dan tidak melanggar hak asasi pasien |
| Definisi Operasional | Kejadian pasien difiksasi adalah kejadian pasien rawat inap yang difiksasi > 4 jam saat rawat inap |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut yang difiksasi <4 jam |
| Denominator | Jumlah total pasien yang difiksasi dirawat dalam bulan tersebut |
| Formula | (Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut yang difiksasi dikurangi jumlah pasien yang difiksasi < 4 jam dibagi Jumlah total pasien yang difiksasi dirawat dalam bulan tersebut) x 100 % |
| Sumber Data | Rekam medik |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap |

15. Tidak adanya kejadian pasien melarikan diri di ruang rawat inap

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian pasien melarikan diri di ruang rawat inap |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien |
| Definisi operasional | Kejadian pasien melarikan diri adalah kejadian pasien lari selama di rawat inap |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien lari dalam bulan tersebut. |
| Denominator | Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut |
| Formula | (Jumlah pasien lari dalam bulan tersebut dibagi Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut) x 100 % |
| Sumber Data | Rekam medik, laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100 % |

| | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Inap |
|---------------------------------|-----------------------------|

IV. PELAYANAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL

1. Kepatuhan kedatangan rehabilitan sesuai dengan jam buka pelayanan instalasi pukul 09.00 WITA

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Kepatuhan kedatangan rehabilitan sesuai dengan jam buka pelayanan instalasi pukul 09.00 WITA |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Terlaksananya kegiatan rehabilitasi psikososial secara penuh sesuai jam buka pelayanan sehingga pemulihan rehabilitan ODGJ tercapai secara optimal |
| Definisi operasional | Kepatuhan terhadap kehadiran adalah kepatuhan kedatangan rehabilitan terhadap jam dimulainya pelayanan di instalasi yaitu pukul 09.00 WITA |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kehadiran rehabilitan pukul 09.00 wita sesuai ketentuan untuk mendapatkan pelayanan |
| Denominator | Jumlah hari kehadiran rehabilitan jam 09.00WITA di Instalasi Rehabilitasi Psikososial dalam satu bulan |
| Formula | (Jumlah hari kehadiran rehabilitan jam 09.00 WITA di Instalasi rehabilitasi Psikososial dalam satu bulan dibagi jumlah seluruh kehadiran rehabilitan dalam satu bulan)x 100% |
| Sumber Data | Pencatatan Instalasi Rehabilitasi Psikososial |
| Standar | $\geq 80\%$ |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi rehabilitasi Psikososial |

2. Kepatuhan Profesi Pemberi Pelayanan terhadap jadwal kegiatan yang sudah disepakati

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Kepatuhan Profesi Pemberi Pelayanan terhadap jadwal kegiatan yang sudah disepakati |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tervisualisasinya kepatuhan profesi pemberi layanan rehabilitasi psikososial terhadap jadwal kegiatan yang telah disepakati, pemenuhan terhadap hak dan kewajiban rumah sakit dan pasien serta kesesuaian dengan kinerja rumah sakit yang terakreditasi |
| Definisi operasional | Kepatuhan Profesi Pemberi Pelayanan terhadap jadwal kegiatan yang sudah disepakati |
| Frekuensi | Setiap bulan |

| | |
|---------------------------------|---|
| Pengumpulan Data | |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah dari identifikasi profesi pemberi pelayanan yang hadir memberikan pelayanan tepat waktu sesuai dengan jadwal pelayanan yang telah disepakati di Instalasi rehabilitasi Psikososial selama satu bulan |
| Denominator | Jumlah keseluruhan jadwal kegiatan pelayanan di Instalasi Rehabilitasi psikososial dalam satu bulan |
| Formula | (Jumlah profesi yang datang memberikan pelayanan sesuai jadwal dalam sebulan dibagi jumlah jadwal kegiatan pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Psikososial dalam sebulan) x 100% |
| Sumber Data | Pencatatan di Instalasi rehabilitasi Psikososial |
| Standar | $\geq 80 \%$ |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi rehabilitasi Psikososial |

V. PELAYANAN REKAM MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan |
| Dimensi Mutu | Kesinambungan pelayanan dan Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik |
| Definisi operasional | Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, assesment, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap |
| Denominator | Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan |
| Formula | (Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap dibagi Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Survey (minimal n=100) |
| Standar | $\geq 70 \%$ |
| Penanggung jawab | Kepala Instalasi Rekam Medik |

| | |
|----------------|--|
| pengumpul data | |
|----------------|--|

2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang akan dilakukan |
| Definisi operasional | Informed Consent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang di survei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang di survei dalam 1 bulan |
| Formula | (Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang di survei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan dibagi Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang di survei dalam 1 bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Survey (minimal n=100) |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rekam Medik |

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan \leq 1 menit

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan \leq 1 menit |
| 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 dari pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan atau ditemukan oleh petugas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah Kumulatif Waktu Penyediaan Rekam medik Rawat Jalan pada saat survey |
| Denominator | Total Rekam medik Rawat jalan saat survey |
| Formula | Jumlah Kumulatif Waktu Penyediaan Rekam medik Rawat Jalan pada saat survey dibagi Total Rekam medik Rawat jalan saat survey |
| Sumber Data | Survey (minimal n = 100) |
| Standar | ≤ 1 Menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rekam Medik |

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 45 menit

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap ≤ 45 menit |
| Dimensi Mutu | Efektivitas, kenyamanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap |
| Definisi operasional | Dokumen rekam medik rawat inap adalah dokumen rekam medik pasien baru/ 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 diserahkan kepada perawat yang mengantar ke ruangan perawatan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah Kumulatif Waktu Penyediaan Rekam medik Rawat Inap pada saat survey |
| Denominator | Total Rekam medik Rawat Inap saat survey |
| Formula | Jumlah Kumulatif Waktu Penyediaan Rekam medik Rawat Inap pada saat survey dibagi Total Rekam medik Rawat Inap saat survey |
| Sumber Data | Survey (minimal n=100) |
| Standar | ≤ 45 Menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rekam Medik |

VI. PELAYANAN KESWAMAS

1. Ketersediaan tim Kesehatan Jiwa Masyarakat/KESWAMAS (lengkap)

| Judul | Ketersediaan tim Kesehatan Jiwa Masyarakat/KESWAMAS (lengkap) |
|---------------------------------|---|
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis pelayanan keswamas yang minimal harus ada di RSJ |
| Definisi operasional | Pelayanan keswamas adalah program kesehatan jiwa berbasis masyarakat yang menitikberatkan kepada upaya promotif dan preventif dan memaksimalkan fungsi puskesmas di tingkat layanan dasar. Minimal: integrasi, mobile clinic, dropping pasien, home visite, penjemputan pasien, temu konsultasi. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap Tahun |
| Periode Analisa | Setahun Sekali |
| Numerator | Jenis-jenis pelayanan keswamas yang dilaksanakan |
| Denominator | Jenis-jenis pelayanan keswamas yang ada |
| Formula | $(\text{Jenis-jenis pelayanan keswamas yang dilaksanakan} / \text{Jenis-jenis pelayanan keswamas yang ada}) \times 100 \%$ |
| Sumber Data | Laporan tahunan keswamas |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi PKRS dan Keswamas |

2. Persentase kasus pasung yang tertangani

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Persentase temuan kasus pasung yang tertangani |
| Dimensi mutu | Kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Menurunkan angka pemasungan dan kecacatan akibat pemasungan |
| Definisi operasional | Persentase kasus pasung yang ditemukan dan tertangani oleh petugas, baik di Rumah Sakit Jiwa maupun melalui koordinasi dengan petugas Puskesmas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tiga bulan |
| Perode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kasus pasung yang ditemukan dan tertangani |
| Denominator | Jumlah kasus pasung yang ditemukan |

| | |
|---------------------------------|--|
| Formula | (Jumlah kasus pasung yang ditemukan dan tertangani dibagi dengan Jumlah kasus pasung yang ditemukan) x 100 % |
| Sumber Data | Laporan KESWAMAS |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi PKRS dan Keswamas |

VII. PELAYANAN DETOKSIFIKASI DAN REHABILITASI NAPZA

1. Kelengkapan tim pemberi pelayanan

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Kelengkapan tim pemberi pelayanan |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersedianya Pelayanan Detoksifikasi dan Rehabilitasi NAPZA oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi operasional | Pemberi pelayanan di rehabilitasi NAPZA adalah tim yang terdiri dari PPA : Dokter Spesialis Jiwa, Dokter Umum, Psikolog Klinis, Perawat Spesialis Kesehatan Jiwa, Perawat, Terapis okupasi, Analis Laboratorium, Konselor addict, pekerja sosial |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setahun Sekali |
| Numerator | Terdapatnya SK penetapan tim Pemberi pelayanan Di Instalasi Rehabilitasi NAPZA |
| Denominator | Tidak ada |
| Formula | Ada tidaknya SK penetapan Tim Pemberi Pelayanan di Instalasi Rehabilitasi NAPZA |
| Sumber Data | Bidang Pelayanan |
| Standar | 100 %. |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rehabilitasi NAPZA |

2. Ketersediaan Pelayanan di Instalasi Rehabilitasi NAPZA

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Ketersediaan Pelayanan di Instalasi Rehabilitasi NAPZA |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya jenis Pelayanan Detoksifikasi dan Rehabilitasi NAPZA yang minimal harus ada di Rumah Sakit Jiwa. |
| Definisi operasional | Pelayanan terapi rehabilitasi NAPZA adalah pelayanan untuk memulihkan seseorang dari ketergantungan zat NAPZA |

| | |
|---------------------------------|--|
| | Minimal Pelayanan Detoksifikasi dan Rehabilitasi NAPZA : Detoksifikasi, konseling NAPZA, Group Terapi, Family Support Group, Home Visit, CBT (Cognitive Behaviour Therapy), Motivasional Interview, dan Outing |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Perode Analisa | Setahun Sekali |
| Numerator | Tidak ada |
| Denominator | Tidak ada |
| Formula | Tidak ada |
| Sumber Data | Bidang Pelayanan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rehabilitasi NAPZA |

3. Tidak ada kejadian re-admision kurang dari 1 bulan karena relaps pada klien Rehabilitasi NAPZA

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Tidak ada kejadian re-admision kurang dari 1 bulan karena relaps pada klien Rehabilitasi NAPZA |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan klien Rehabilitasi NAPZA yang efektif. |
| Definisi operasional | Kejadian readmisi \leq 1 bulan adalah kejadian kembali direhabilitasinya klien Rehabilitasi NAPZA sebelum \leq 1 bulan setelah dipulangkan dari masa rehabilitasi sebelumnya |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah seluruh klien Rehabilitasi NAPZA yang readmisis dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh klien Rehabilitasi NAPZA yang dipulangkan dalam 1 bulan sebelumnya. |
| Formula | (Jumlah seluruh klien Rehabilitasi NAPZA yang readmisis dalam 1 bulan dibagi Jumlah seluruh klien Rehabilitasi NAPZA yang dipulangkan dalam 1 bulan sebelumnya) x 100 % |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | 90% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rehabilitasi NAPZA |

4. Tidak adanya kejadian klien Rehabilitasi NAPZA melarikan diri dari Rumah Sakit

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian klien Rehabilitasi NAPZA melarikan diri dari Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu | Keselamatan pasien |
| Tujuan | Tergambarnya pelayanan keparawatan yang aman bagi pasien. |
| Definisi operasional | Kejadian klien melarikan diri adalah kejadian pasien lari selama dirawat di Instalasi Rehabilitasi NAPZA |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah klien lari dalam bulan tersebut |
| Denominator | Jumlah klien yang dirawat dalam bulan tersebut |
| Formula | $(\text{Jumlah klien lari dalam bulan tersebut} / \text{Jumlah klien yang dirawat dalam bulan tersebut}) \times 100 \%$ |
| Sumber Data | Rekam medis, laporan keselamatan pasien |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rehabilitasi NAPZA |

B. PELAYANAN PENUNJANG

I. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu Tunggu hasil pelayanan Thorax foto < 1 jam

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Waktu Tunggu hasil pelayanan Thorax foto < 1 jam |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi. |
| Definisi operasional | Waktu tunggu hasil pelayanan radiologi adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisis |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut |
| Formula | $\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan} / \text{Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut}$ |
| Sumber Data | Rekam medis |

| | |
|---------------------------------|------------------------------|
| Standar | < 1 Jam |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat jalan |

2. Pelaksana ekspertisi dokter spesialis

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Pelaksana ekspertisi dokter spesialis |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Pembacaan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis |
| Definisi operasional | Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan |
| Formula | $(\text{Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan} / \text{Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan}) \times 100$ |
| Sumber Data | Register radiologi |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Jalan |

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen berupa kerusakan foto

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Kejadian kegagalan pelayanan rontgen berupa kerusakan foto |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen |
| Definisi operasional | Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |

| | |
|---------------------------------|--|
| Numerator | Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan |
| Formula | (Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Register Radiologi |
| Standar | ≤ 2% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat jalan |

4. Kepuasan pelanggan Radiologi

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Kepuasan pelanggan Radiologi |
| 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 Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan dari pasien radiologi yang disurvei |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien radiologi yang disurvei (minimal n = 50) |
| Formula | (Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan dari pasien radiologi yang disurvei dibagi Jumlah seluruh pasien radiologi yang disurvei (minimal n =50) x 100 % |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | ≥ 90 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Rawat Jalan/Panitia Mutu |

II. PELAYANAN LABORATORIUM

1. Waktu Tunggu hasil Pelayanan Laboratorium (pemeriksaan kimia darah & darah rutin) ≤ 140 menit

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Waktu Tunggu hasil Pelayanan Laboratorium (pemeriksaan kimia darah & darah rutin) ≤ 140 menit |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium. |
| Definisi operasional | Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>elayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi</p> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pemeriksaan kimia darah dan darah rutin pasien yang disurvei dalam 1 bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Formula | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pemeriksaan kimia darah dan darah rutin pasien yang disurvei dalam 1 bulan dibagi Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | Survey (minimal n=50) |
| Standar | ≤ 140 Menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Laboratorium |

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Pembacaan 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 laboratorium pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 bulan |

| | |
|---------------------------------|---|
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 bulan |
| Formula | (Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 bulan dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 bulan Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Register Laboratorium |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Laboratorium |

3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium |
| Definisi operasional | Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium yang salah orang |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien yang di periksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut |
| Formula | (Jumlah seluruh pasien yang di periksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan dibagi Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut) x 100% |
| Sumber Data | Rekam medis |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Laboratorium |

4. Kepuasan pelanggan Laboratorium

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Kepuasan pelanggan Laboratorium |
| 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 Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan dari pasien laboratorium yang disurvei |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien laboratorium yang disurvei (minimal n = 50) |
| Formula | (Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan dari pasien laboratorium yang disurvei dibagi Jumlah seluruh pasien laboratorium yang disurvei (minimal n =50) x 100 % |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | ≥ 90 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Laboratorium/Panitia Mutu |

5. Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium |
| Dimensi Mutu | Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium |
| Definisi operasional | <p>Waktu lapor hasil tes kritis laboratorium adalah waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis patologi klinik sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).</p> <p>Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 30 (tiga puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan</p> <p>Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik</p> <p>Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.</p> <p>RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera</p> <p>Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menurunkan kepercayaan terhadap layanan laboratorium - Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |

| | |
|---------------------------------|--|
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis |
| Formula | Jumlah kumulatif pemeriksaan laboratorium kritis yang dilaporkan dibagi jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium kritis |
| Sumber Data | Catatan data Instalasi Laboratorium |
| Standar | < 30 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Laboratorium |

III. PELAYANAN FARMASI

1. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi \leq 30 menit

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi \leq 30 menit |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan resep obat jadi |
| Definisi operasional | Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah waktu yang dibutuhkan sejak pasien menyerahkan resep di loket apotek sampai dengan menerima/mendapatkan obat jadi dari petugas farmasi \leq 30 menit |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah Kumulatif Waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang di survei dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Formula | Jumlah Kumulatif Waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang di survei dalam satu bulan dibagi Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | \leq 30 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Farmasi |

2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan \leq 60 menit

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Waktu tunggu pelayanan obat racikan \leq 60 menit |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi |
| Definisi operasional | Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah waktu yang dibutuhkan sejak pasien menyerahkan resep di loket apotek sampai dengan menerima/mendapatkan obat racikan dari petugas farmasi \leq 60 menit |

| | |
|---------------------------------|--|
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Formula | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan dibagi Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≤ 60 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Farmasi |

3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat |
| Dimensi Mutu | Keselamatan dan kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat |
| Definisi operasional | Kesalahan pemberian obat meliputi : 1.Salah dalam memberikan jenis obat 2.Salah dalam memberikan dosis 3.Salah orang 4.Salah jumlah |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei |
| Formula | (Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat dibagi Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei) x 100% |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Farmasi |

4. Kepuasan Pelanggan

| | |
|--------------|---------------------------|
| Judul | Kepuasan pelanggan |
| Dimensi Mutu | Kenyamanan |

| | |
|---------------------------------|---|
| Tujuan | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi |
| Definisi operasional | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei |
| Denominator | Jumlah total pasien yang disurvei |
| Formula | (Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei dibagi jumlah total pasien yang disurvei) x 100% |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | ≥ 90% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Farmasi |

5. Penulisan Resep sesuai Formularium Rumah Sakit berdasarkan peraturan yang ada

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Penulisan Resep sesuai Formularium Rumah Sakit berdasarkan peraturan yang ada |
| Dimensi Mutu | Efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien |
| Definisi operasional | Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di Rumah Sakit |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan |
| Formula | (Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan dibagi Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sample dalam satu bulan) dikali 100% |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Farmasi |

IV. PELAYANAN GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien.

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, akses, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi. |
| Definisi operasional | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapatkan makanan tepat waktu dalam satu bulan. |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei. |
| Formula | $(\text{Jumlah rawat inap yang disurvei yang mendapatkan makanan tepat waktu dalam satu bulan} / \text{Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei}) \times 100 \%$ |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gizi |

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien.

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien. |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, dan efisien |
| Tujuan | Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi. |
| Definisi operasional | Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei. |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei dalam satu bulan |
| Formula | $(\text{Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei} / \text{Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei dalam satu bulan}) \times 100 \%$ |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| | dikali 100% |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | $\leq 20 \%$ |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gizi |

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet.

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet |
| Dimensi Mutu | Keamanan dan efisien |
| Tujuan | Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi. |
| Definisi operasional | Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet. |
| Denominator | Jumlah seluruh pasien yang disurvei dalam satu bulan |
| Formula | (Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet dibagi Jumlah seluruh pasien yang disurvei dalam satu bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Survey |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Gizi |

V. PENGELOLAAN LIMBAH

1. Baku Mutu limbah cair sesuai aturan yang ada

| | |
|----------------------|--|
| Judul | Baku Mutu limbah cair sesuai aturan yang ada |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian Rumah Sakit terhadap keamanan limbah cair Rumah Sakit |
| Definisi operasional | Baku Mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 100 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg/liter PH : 6 – 9 Minyak lemak 5 mg/liter |

| | |
|---------------------------------|--|
| | Amoniak 10 mg/liter Total colli form 3000 jumlah/100 ml |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair Rumah Sakit Jiwa yang sesuai dengan baku mutu |
| Denominator | Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair |
| Formula | (Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair Rumah Sakit Jiwa yang sesuai dengan baku mutu dibagi Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair) x 100 % |
| Sumber Data | Hasil pemeriksaan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi K3LRS |

2. Pengelolaan limbah padat berbahaya dan infeksius sesuai dengan aturan yang ada

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Pengelolaan limbah padat berbahaya dan infeksius sesuai dengan aturan yang ada |
| Dimensi Mutu | Keselamatan |
| Tujuan | Tergambarnya mutu penanganan limbah padat berbahaya dan infeksius di Rumah Sakit Jiwa |
| Definisi operasional | Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan – bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Dysposable bekas 3. Sisa Ampul 4. Kasa bekas |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati |
| Denominator | Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati |
| Formula | (Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati dibagi Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati) x 100 % |
| Sumber Data | Hasil pengamatan |

| | |
|---------------------------------|------------------------|
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi K3LRS |

VI. PELAYANAN LAUNDRY

1. Tidak ada kejadian linen yang hilang

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Tidak ada kejadian linen yang hilang |
| Dimensi Mutu | Efisiensi, efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry |
| Definisi operasional | Linen yang hilang adalah jumlah linen yang tidak sesuai antara jumlah linen yang ada dan jumlah linen yang seharusnya ada |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Sebulan sekali |
| Numerator | Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut |
| Formula | (Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan dibagi Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut) x 100 % |
| Sumber Data | Data IPSRS |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala IPSRS |

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk Rawat Inap

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk Rawat Inap |
| Dimensi Mutu | Efisiensi, efektifitas |
| 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 | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu |
| Denominator | Jumlah hari dalam satu bulan |

| | |
|---------------------------------|--|
| Formula | (Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu dibagi Jumlah hari dalam satu bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Data IPSRS |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala IPSRS |

VII. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat |
| Dimensi Mutu | Efisiensi, efektifitas, 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, dalam waktu kurang dari 15 menit harus sudah ditanggapi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi \leq 15 menit dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan |
| Formula | (Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan \leq 15 menit dalam satu bulan dibagi Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Catatan laporan kerusakan alat |
| Standar | \geq 80 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala IPSRS |

2. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan 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 Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setahun sekali |
| Numerator | Jumlah seluruh alat laboratorium yang sudah terkalibrasi sesuai jadwal yang ditetapkan dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi berdasarkan jadwal dalam setahun |
| Formula | (Jumlah seluruh alat laboratorium yang sudah terkalibrasi sesuai jadwal yang ditetapkan dalam satu tahun dibagi Jumlah peralatan yang akan dikalibrasi berdasarkan jadwal) x 100% |
| Sumber Data | 1. Daftar peralatan yang akan dikalibrasi 2. Jadwal kalibrasi 3. Daftar perusahaan / pihak ketiga yang akan memberikan layanan kalibrasi |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala IPSRS |

3. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pemeliharaan alat |
| Dimensi Mutu | Efisiensi, efektifitas, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat |
| Definisi operasional | Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan /service untuk tiap – tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setahun sekali |
| Numerator | Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (services) tepat waktu dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan |
| Formula | (Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (services) tepat waktu dalam satu bulan dibagi Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Register pemeliharaan alat |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala IPSRS |

4. Waktu Menanggapi Gangguan dan Perbaikan

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Waktu menanggapi gangguan dan perbaikan |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | Tergambarnya waktu dalam menanggapi gangguan dan perbaikan. |
| Definisi operasional | Waktu yang dibutuhkan dari mulai laporan gangguan diterima sampai petugas selesai melakukan perbaikan peralatan komputer dan jaringan dalam waktu kurang dari 3 jam, tidak termasuk penggantian sparepart. Dan didokumentasikan melalui formulir permohonan perbaikan perangkat SIRS. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setiap tiga bulan |
| Numerator | Jumlah laporan gangguan yang diselesaikan yang diselesaikan <3 Jam |
| Denominator | Jumlah seluruh laporan gangguan |
| Formula | (Jumlah laporan gangguan yang diselesaikan yang diselesaikan <3 Jam dalam satu bulan dibagi Jumlah seluruh laporan gangguan dalam satu bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Catatan laporan gangguan |
| Standar | 80 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi SIRS |

C. ADMINSTRASI MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat manajemen

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat manajemen |
| Dimensi Mutu | Efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian manajemen terhadap upaya perbaikan pelayanan di Rumah Sakit |
| Definisi operasional | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat manajemen adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah Hasil pertemuan tingkat manajemen yang |

| | |
|---------------------------------|--|
| | ditindak lanjuti dalam satu bulan |
| Denominator | Total jumlah hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan |
| Formula | (Jumlah hasil pertemuan tingkat manajemen yang ditindak lanjuti dalam satu bulan dibagi Total jumlah hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti dalam satu bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Notulen Rapat Manajemen |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Sub Bagian Umum, Kepegawaian dan kerumahtanggaan |

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisiensi |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan |
| Definisi operasional | Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kinerja rumah sakit jiwa untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM, rencana strategis bisnis RSJ, dan indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah . Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 1 tahun sekali |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setahun sekali |
| Numerator | Jumlah Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun |
| Formula | (Jumlah Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan dalam satu tahun dibagi Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun) x 100 % |
| Sumber Data | Sub bagian Perencanaan, Keuangan dan Aset |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Sub bagian Perencanaan, Keuangan dan Aset |

3. Tersusunnya laporan manajemen risiko terintegrasi

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Tersusunnya laporan manajemen risiko terintegrasi |
| Dimensi Mutu | Manajemen risiko |
| Tujuan | Terlaksananya manajemen risiko terintegrasi pada proses bisnis rumah sakit mulai dari tingkat strategis sampai tingkat operasional |
| Definisi operasional | <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Risiko adalah proses yang proaktif dan kontinu meliputi identifikasi, analisis, evaluasi, pengendalian, informasi komunikasi, pemantauan, dan pelaporan risiko, termasuk berbagai strategi yang dijalankan untuk mengelola risiko dan potensinya. - Manajemen Risiko Terintegrasi adalah proses identifikasi, analisis, evaluasi dan pengelolaan semua risiko yang potensial dan diterapkan terhadap semua unit/ bagian/ program/kegiatan mulai dari penyusunan rencana strategis, penyusunan dan pelaksanaan program dan anggaran, pertanggungjawaban dan monitoring dan evaluasi serta pelaporan. - Laporan manajemen risiko merupakan laporan yang memuat informasi mengenai risiko yang dikelola, rencana tindak pengendalian, dan realisasi pengelolaan Risiko yang telah dijalankan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap semester |
| Periode Analisa | Dua kali setahun |
| Numerator | Jumlah Laporan Manajemen risiko terintegrasi yang telah di review dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah Laporan Manajemen risiko terintegrasi yang seharusnya telah di review dalam satu tahun |
| Formula | (Jumlah Laporan Manajemen risiko terintegrasi yang telah di review dalam satu tahun dibagi Jumlah Laporan Manajemen risiko terintegrasi yang seharusnya telah di review dalam satu tahun) x 100 % |
| Sumber Data | Tim Manajemen Risiko Terintegrasi |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Tim Manajemen Risiko Terintegrasi |

4. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, efisiensi, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai |
| Definisi operasional | Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setahun sekali |
| 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 |
| Formula | $(\text{Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun} / \text{Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun}) \times 100$ |
| Sumber Data | Sub bagian Umum, Kepegawaian dan kerumahtanggaan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Sub bagian Umum, Kepegawaian dan kerumahtanggaan |

5. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai |
| Definisi operasional | Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No8/1974, UU No 43/1999) |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap tahun |
| Periode Analisa | Setahun sekali |
| Numerator | Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan gaji berkala dalam satu tahun |
| Denominator | Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan gaji berkala dalam satu tahun |
| Formula | $(\text{Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan gaji berkalan dalam satu tahun} / \text{Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya})$ |

| | |
|---------------------------------|---|
| | diusulkan kenaikan gaji berkala dalam satu tahun) x 100 % |
| Sumber Data | Sub bagian Umum, Kepegawaian dan kerumahtanggaan |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Sub bagian Umum, Kepegawaian dan kerumahtanggaan |

6. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam / tahun

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam / tahun |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tergambarnya kepedulian rumah sakit jiwa terhadap kualitas sumber daya manusia. |
| Definisi operasional | Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik dirumah sakit ataupun diluar rumah sakit jiwa yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam pertahun |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Setahun sekali |
| Numerator | Jumlah pegawai yang mendapatkan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun |
| Denominator | Jumlah seluruh pegawai rumah sakit |
| Formula | (Jumlah pegawai yang mendapatkan mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun dibagi Jumlah seluruh pegawai rumah sakit) x 100 % |
| Sumber Data | Instalasi Pendidikan dan Penelitian |
| Standar | ≥ 60 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Instalasi Pemdidikan dan Penelitian |

7. Cost recovery rate

| | |
|----------------------------|--|
| Judul | Cost recovery rate |
| Dimensi Mutu | Efisiensi, efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit. |
| Definisi operasional | Cost recovery rate adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |

| | |
|---------------------------------|---|
| Numerator | Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan |
| Formula | (Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan dibagi Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Sub Bagian Perencanaan, Keuangan dan Aset |
| Standar | >40% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Sub Bagian Perencanaan, Keuangan dan Aset |

8. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan |
| Dimensi Mutu | Efektivitas |
| Tujuan | Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit |
| Definisi operasional | Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan |
| Denominator | Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam bulan tersebut |
| Formula | (Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan dibagi Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam bulan tersebut) x 100 % |
| Sumber Data | Sub Bagian Perencanaan, Keuangan dan Aset |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Sub Bagian Perencanaan, Keuangan dan Aset |

9. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien Rawat Inap \leq 2 jam

| | |
|----------------------|---|
| Judul | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap \leq 2 jam |
| Dimensi Mutu | Efektifitas, kenyamanan |
| Tujuan | Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap. |
| Definisi operasional | Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan |

| | |
|---------------------------------|---|
| | pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah pasien dengan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap ≤ 2 jam saat surevi |
| Denominator | Jumlah pasien rawat inap saat survei |
| Formula | (Jumlah pasien dengan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap ≤ 2 jam saat surevi dibagi Jumlah pasien rawat inap saat survei) x 100 % |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Sub Bagian Perencanaan, Keuangan dan Aset |

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

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu |
| Dimensi Mutu | Efektifitas. |
| Tujuan | Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan |
| Definisi operasional | Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam 1 bulan dibawah tanggal 10 bulan bersangkutan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah bulan dengan pemberian insentif sesuai ketentuan |
| Denominator | Jumlah bulan |
| Formula | (Jumlah bulan dengan pemberian insentif sesuai ketentuan dibagi Jumlah bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Sub Bagian Perencanaan, Keuangan dan Aset |
| Standar | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Sub Bagian Perencanaan, Keuangan dan Aset |

11. Kecepatan Respon Terhadap Komplain

| | |
|--------------|--|
| Judul | Kecepatan Respon Terhadap Komplain |
| Dimensi Mutu | Efektivitas dan Mutu Pelayanan |
| Tujuan | Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan. |

| | |
|---------------------------------|---|
| Definisi operasional | <p>Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan Rumah sakit 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, dan tindak lanjut atas respon time komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi/grading/dampak risiko.</p> <p>Warna Merah : cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material dll.</p> <p>Warna Kuning : cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian in material, dll.</p> <p>Warna Hijau : tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.</p> <p>Kriteria Penilaian :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat data rekapitulasi komplain yang dikategorikan merah, kuning, hijau 2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar 3. Membuat persentase jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain disetiap kategori <ol style="list-style-type: none"> a. Komplain kategori merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam b. Komplain kategori kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari c. Komplain kategori hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | KKM + KKK + KKH (%) |
| Denominator | 3 |
| Formula | $(KKM + KKK + KKH) : 3$ |
| Sumber Data | Survey kepuasan pelanggan, Laporan, Rekapitulasi komplain/keluhan |
| Standar | > 75% |
| Penanggung jawab pengumpul data | UPP |

12. Rasio PNBP terhadap Biaya Operasional (PB)

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Rasio PNBP terhadap Biaya Operasional (PB) |
| Dimensi Mutu | Efisiensi, efektivitas |
| Tujuan | Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBP yang efektif dan efisien. |
| Definisi operasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendapatan PNBP merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN. 2. Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBP Satker BLU |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Pendapatan PNBP |
| Denominator | Biaya Operasional |
| Formula | $(\text{Pendapatan PNBP} / \text{Biaya Operasional}) \times 100\%$ |
| Sumber Data | Sub Bagian Perencanaan, Keuangan dan Aset |
| Standar | > 65% |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Sub Bagian Perencanaan, Keuangan dan Aset |

13. Tugas satuan pengamanan selama 24 jam penuh

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tugas satuan pengamanan selama 24 jam penuh |
| Dimensi Mutu | Akses |
| Tujuan | Tersedianya pelayanan keamanan 24 jam di Rumah Sakit Jiwa |
| Definisi operasional | Jam tugas 24 jam adalah keamanan selalu siap dan memberikan pelayanan keamanan di lingkungan Rumah Sakit Jiwa selama 24 jam |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah kumulatif jam tugas selama satu bulan |
| Denominator | Jumlah hari dalam satu bulan |
| Formula | $(\text{Jumlah kumulatif jam tugas selama satu bulan} / \text{Jumlah hari dalam satu bulan}) \times 100\%$ |

| | |
|---------------------------------|---|
| | dibagi Jumlah hari dalam satu bulan) x 100 % |
| Sumber Data | Registrasi satuan pengamanan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Sub bagian Umum, Kepegawaian dan kerumahtanggaan |

14. Tidak ada kejadian kehilangan barang milik Rumah Sakit

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Tidak ada kejadian kehilangan barang milik Rumah Sakit |
| Dimensi Mutu | Efisiensi, efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan keamanan |
| Definisi operasional | Kejadian kehilangan adalah terjadinya kehilangan sarana dan atau prasarana di rumah sakit jiwa selama jam tugas keamanan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah ketiadaan kejadian kehilangan dalam satu bulan |
| Denominator | Jumlah hari dalam bulan bersangkutan |
| Formula | (Jumlah ketiadaan kejadian kehilangan dalam satu bulan dibagi Jumlah hari dalam bulan bersangkutan) x 100 % |
| Sumber Data | Survei |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Sub bagian Umum, Kepegawaian dan kerumahtanggaan |

15. Tidak ada kejadian kehilangan barang milik pasien dan keluarga

| | |
|----------------------------|---|
| Judul | Tidak ada kejadian kehilangan barang milik pasien dan keluarga |
| Dimensi Mutu | Efisiensi, efektifitas |
| Tujuan | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan keamanan |
| Definisi operasional | Kejadian kehilangan adalah terjadinya kehilangan barang milik pasien dan keluarga di rumah sakit jiwa selama jam tugas keamanan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah ketiadaan kejadian kehilangan dalam satu bulan |

| | |
|---------------------------------|---|
| Denominator | Jumlah hari dalam bulan bersangkutan |
| Formula | (Jumlah ketiadaan kejadian kehilangan dalam satu bulan dibagi Jumlah hari dalam bulan bersangkutan) x 100 % |
| Sumber Data | Sub bagian Umum, Kepegawaian dan kerumahtanggaan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Sub bagian Umum, Kepegawaian dan kerumahtanggaan |

16. Kepatuhan pemberian label sementara pada pengadaan barang baru

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Kepatuhan pemberian label sementara pada pengadaan barang baru |
| Dimensi Mutu | Kwantitas , kualitas dan merk/type sesuai dengan speck |
| Tujuan | Terlaksananya pencatatan barang/aset secara akuntabel dan tersedianya perlengkapan dan kebutuhan penunjang pelaksanaan pelayanan rumah sakit |
| Definisi operasional | Label sementara adalah pemberian label barang baru yang dilakukan pada saat penerimaan barang dari bagian pengadaan barang sebelum didistribusikan ke pengguna untuk memudahkan inventarisasi dan pemberian label permanen. |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Bulanan, Triwulan, Tahunan |
| Numerator | Jumlah semua barang baru yang masuk di urusan aset yang sudah diberikan label sementara |
| Denominator | Jumlah semua barang baru yang masuk di urusan aset |
| Formula | (Jumlah semua barang baru yang masuk di urusan aset yang sudah diberikan label sementara dibagi Jumlah semua barang baru yang masuk di urusan aset) x 100 % |
| Sumber Data | Sub bagian Umum, Kepegawaian dan kerumahtanggaan |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Kepala Sub Bagian Perencanaan, Keuangan dan Aset |

D. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih |
| Dimensi Mutu | Kompetensi teknis |
| Tujuan | Tersediannya anggota komite PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Komite PPI |
| Definisi operasional | Komite PPI adalah anggota Komite PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI setiap 3 bulan |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah anggota komite PPI terlatih |
| Denominator | Jumlah anggota komite PPI |
| Formula | $(\text{Jumlah anggota komite PPI terlatih} / \text{Jumlah anggota komite PPI}) \times 100 \%$ |
| Sumber Data | Kepegawaian |
| Standar | $\geq 75 \%$ |
| Penanggung jawab pengumpul data | Ketua Komite PPI |

2. Tersedia APD di setiap instalasi

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | Tersedia APD di setiap instalasi |
| Dimensi Mutu | Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung |
| Tujuan | Tersedianya alat pelindung diri (APD) di setiap instalasi rumah sakit |
| Definisi operasional | Alat standar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di rumah sakit jiwa mutiara sukma seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boot dan gaun setiap hari |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah instalasi yang menyediakan APD |
| Denominator | Jumlah instalasi di Rumah sakit |
| Formula | $(\text{Jumlah instalasi yang menyediakan APD} / \text{Jumlah instalasi di rumah sakit}) \times 100 \%$ |
| Sumber Data | Survei (minimal n=50) |
| Standar | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | Ketua Komite PPI |

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial RS

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial RS |
| Dimensi Mutu | Keamanan pasien, petugas dan pengunjung |
| Tujuan | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di Rumah Sakit |
| Definisi operasional | Kegiatan pengamatan faktor risiko infeksi nosokomial pengumpulan data (chesk list) pada instalasi yang tersedia di Rumah Sakit |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Setiap bulan |
| Periode Analisa | Tiga bulan sekali |
| Numerator | Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan |
| Denominator | Jumlah instalasi yang tersedia di Rumah Sakit |
| Formula | $(\text{Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan} / \text{Jumlah instalasi yang tersedia di Rumah Sakit}) \times 100 \%$ |
| Sumber Data | Survey (minimal n=50) |
| Standar | $\geq 75 \%$ |
| Penanggung jawab pengumpul data | Ketua Komite PPI |

Target Pencapaian Standart Pelayanan Minimal

| NO | Jenis Pelayanan | Standar Pelayanan Minimal | | TARGET PENCAPAIAN | | | |
|---------------------------|-------------------------|---------------------------|---|-------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | Indikator | Standar | 2023 | 2024 | 2025 | |
| A. PELAYANAN MEDIK | | | | | | | |
| I | PELAYANAN GAWAT DARURAT | 1 | Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 2 | Jam buka pelayanan gawat darurat | 24 jam | 24 jam | 24 jam | 24 jam |
| | | 3 | Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/ALS/GELS /Psikiatric Emergency yang masih berlaku | 100 % | ≥ 95% | ≥ 98% | 100 % |
| | | 4 | Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana | Satu Tim | Satu Tim | Satu Tim | Satu Tim |
| | | 5 | Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat <5 menit sejak pasien datang | ≤ 5 Menit | ≤ 5 Menit | ≤ 5 Menit | ≤ 5 Menit |
| | | 6 | Kepuasan pelanggan pada Instalasi Gawat Darurat | ≥ 90 % | ≥ 85 % | ≥ 88 % | ≥ 90 % |
| | | 7 | Kematian pasien ≤ 24 jam Di Instalasi Gawat darurat | ≤ dua per seribu | ≤ dua per seribu | ≤ dua per seribu | ≤ dua per seribu |
| | | 8 | Pasien dapat ditenangkan dalam waktu < 48 jam | 100 % | ≥ 95 % | ≥ 98 % | 100 % |
| | | 9 | Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 10 | Emergency Psychiatric Respon Time (EPRT) < 4 jam | 100 % | ≥ 95 % | ≥ 98 % | 100 % |
| | | 11 | Waktu pelayanan ambulance 24 jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam | 24 Jam |
| | | 12 | Kecepatan pemberian pelayanan ambulance < 2 jam | 100 % | ≥ 95% | ≥ 98% | 100 % |
| | | 13 | Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah ≤ 2 jam | ≤ 2 jam | ≤ 2 jam | ≤ 2 jam | ≤ 2 jam |
| | | | | | | | |
| II | PELAYANAN RAWAT JALAN | 1 | Pemberi pelayanan di klinik Spesialis | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 2 | Ketersediaan pelayanan rawat jalan Rumah Sakit Jiwa | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | Jenis Pelayanan Minimal : | | | | | |
| | | -Anak Remaja Dewasa | | | | | |
| | | -NAPZA | | | | | |
| | | -Gangguan Psikotik | | | | | |
| | | -Gangguan Nerotik | | | | | |
| | | -Mental Retardasi | | | | | |
| | | -Mental Organik | | | | | |
| | | -Lanjut Usia (Geriatric) | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----------------------|----|---|------------|------------|------------|------------|
| | | 3 | Ketepatan waktu pelayanan sesuai dengan jam buka pelayanan | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 4 | Waktu tunggu rawat jalan ≤ 60 menit | ≤ 60 menit | ≤ 60 menit | ≤ 60 menit | ≤ 60 menit |
| | | 5 | Kepuasan pelanggan pada rawat jalan | ≥ 90 % | ≥ 85 % | ≥ 88 % | ≥ 90 % |
| | | 6 | Jam buka pelayanan Psikometri sesuai ketentuan | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 7 | Keteraturan pengambilan obat ARV (Anti Retro Viral) pada pasien HIV/ AIDS | ≥ 90 % | ≥ 85 % | ≥ 88 % | ≥ 90 % |
| | | 8 | Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 9 | Respon time pelayanan klinik Gigi dan Mulut ≤ 30 menit | ≤ 30 menit | ≤ 30 menit | ≤ 30 menit | ≤ 30 menit |
| | | 10 | Respon time pelayanan klinik Rehabilitasi Medik ≤ 30 menit | ≤ 30 menit | ≤ 30 menit | ≤ 30 menit | ≤ 30 menit |
| | | | | | | | |
| III | PELAYANAN RAWAT INAP | 1 | Pemberi pelayanan di rawat inap spesialis dan minimal d3 keperawatan | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 2 | Dokter penanggung jawab pasien rawat inap | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 3 | Jam visite dokter spesialis sesuai ketentuan | ≥ 80 % | ≥ 75 % | ≥ 78 % | ≥ 80 % |
| | | 4 | Kejadian Infeksi Nosokomial | ≤ 1,5 % | ≤ 1,7 % | ≤ 1,6 % | ≤ 1,5 % |
| | | 5 | Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | 6 | Kejadian pasien jatuh yang berakibat cacat/kematian | ≤ 3 % | ≤ 3 % | ≤ 3 % | ≤ 3 % |
| | | 7 | Kematian pasien > 48 jam | ≤ 0,24% | ≤ 0,24% | ≤ 0,24% | ≤ 0,24% |
| | | 8 | Kejadian pulang paksa | ≤ 5 % | ≤ 7 % | ≤ 6 % | ≤ 5 % |
| | | 9 | Kepuasan Pelanggan Instalasi Rawat Inap | ≥ 90 % | ≥ 85 % | ≥ 88 % | ≥ 90 % |
| | | 10 | Ketersediaan pelayanan rawat inap di Rumah sakit Jenis Pelayanan Minimal : -Anak Remaja Dewasa -NAPZA -Gangguan Psikotik -Gangguan Nerotik -Mental Retardasi -Mental Organik -Lanjut Usia (Geriatri) | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 11 | Tidak ada kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 12 | Tidak adanya kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤1 bulan | 100 % | ≥ 90 % | ≥ 95 % | 100 % |

| | | | | | | | |
|----------|--|----|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | 13 | Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa \leq 3 minggu | \geq 90 % | \geq 80 % | \geq 85 % | \geq 90 % |
| | | 14 | Tidak ada pasien yang difiksasi fisik $>$ 4 jam | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 15 | Tidak adanya kejadian pasien melarikan diri di ruang rawat inap | 100 % | \geq 80 % | \geq 90 % | \geq 100 % |
| IV | PELAYANAN REHABILITASI PSIKOSOSIAL | 1 | Kepatuhan kedatangan rehabilitan sesuai dengan Jam buka pelayanan instalasi pukul 09.00 WITA | \geq 80 % | \geq 60 % | \geq 70 % | \geq 80 % |
| | | 2 | Kepatuhan profesi pemberi pelayanan terhadap jadwal kegiatan yang sudah disepakati | \geq 80 % | \geq 70 % | \geq 75 % | \geq 80 % |
| V | PELAYANAN REKAM MEDIS | 1 | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan | \geq 70 % | \geq 60 % | \geq 65 % | \geq 70 % |
| | | 2 | Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 3 | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan \leq 10 menit | \leq 10 menit | \leq 10 menit | \leq 10 menit | \leq 10 menit |
| | | 4 | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap \leq 45 menit | \leq 45 menit | \leq 45 menit | \leq 45 menit | \leq 45 menit |
| VI | PELAYANAN KESEHATAN JIWA MASYARAKAT | 1 | Ketersediaan tim KESWAMAS (lengkap) | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 2 | Persentase kasus pasung yang tertangani | 100 % | \geq 90 % | \geq 95 % | 100 % |
| VII | PELAYANAN DETOKSIFIKASI DAN REHABILITASI NAPZA | 1 | Kelengkapan tim pemberi Pelayanan Detoksifikasi dan Rehabilitasi NAPZA | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 2 | Ketersediaan pelayanan : -detoksifikasi -konseling NAPZA -family support group -home visit -Rehabilitasi -Outing | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 3 | Tidak ada kejadian re-admission kurang dari 1 bulan karena relaps pada klien Rehabilitasi NAPZA | 100 % | \geq 90 % | \geq 95 % | 100 % |
| | | 4 | Tidak adanya kejadian klien rehabilitasi NAPZA melarikan diri dari Rumah Sakit | 100 % | \geq 80 % | \geq 90 % | \geq 100 % |
| B | PELAYANAN PENUNJANG | | | | | | |
| I | PELAYANAN RADIOLOGI | 1 | Waktu Tunggu hasil Pelayanan thorax foto $<$ 1 jam | $<$ 1 jam | $<$ 1 jam | $<$ 1 jam | $<$ 1 jam |

| | | | | | | | |
|-----|---|---|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 2 | Pelaksana ekspertisi dokter spesialis | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 3 | Kejadian kegagalan pelayanan rontgen berupa kerusakan foto | ≤ 2 % | ≤ 2 % | ≤ 2 % | ≤ 2 % |
| | | 4 | Kepuasan pelanggan | ≥ 90 % | ≥ 85 % | ≥ 88 % | ≥ 90 % |
| II | PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK | 1 | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (pemeriksaan kimia darah & darah rutin) ≤ 140 menit | ≤ 140 menit | ≤ 140 menit | ≤ 140 menit | ≤ 140 menit |
| | | 2 | Pelaksana ekspertisi oleh Spesialis | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 3 | Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksa laboratorium | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 4 | Kepuasan pelanggan | ≥ 90 % | ≥ 85 % | ≥ 88 % | ≥ 90 % |
| | | 5 | Waktu Laporan Tes Kritis Laboratorium | < 30 menit | < 30 menit | < 30 menit | < 30 menit |
| III | PELAYANAN FARMASI | 1 | Waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit | ≤ 30 menit | ≤ 30 menit | ≤ 30 menit | ≤ 30 menit |
| | | 2 | Waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit | ≤ 60 menit | ≤ 60 menit | ≤ 60 menit | ≤ 60 menit |
| | | 3 | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 4 | Kepuasan Pelanggan | ≥ 90 % | ≥ 85 % | ≥ 88 % | ≥ 90 % |
| | | 5 | Penulisan resep sesuai Formularium Rumah Sakit sesuai peraturan yang ada | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| IV | PELAYANAN GIZI | 1 | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 2 | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien | ≤ 20 % | ≤ 30 % | ≤ 25 % | ≤ 20 % |
| | | 3 | Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| V | PENGELOLAAN LIMBAH | 1 | Baku mutu limbah cair sesuai dengan aturan yang ada | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 2 | Pengelolaan limbah padat berbahaya dan infeksius sesuai dengan aturan | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| VI | PELAYANAN LAUNDRY | 1 | Tidak ada kejadian linen yang hilang | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 2 | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| VII | PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT | 1 | Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat | ≥ 80 % | ≥ 75 % | ≥ 78 % | ≥ 80 % |
| | | 2 | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | 100 % | 80 % | 90 % | 100 % |

| | | | | | | | |
|----------|--|----|---|--------|--------|--------|--------|
| | | 3 | Ketepatan waktu pemeliharaan alat | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| C | ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN | | | | | | |
| | | 1 | Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan manajemen | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 2 | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 3 | Tersusunnya laporan manajemen risiko terintegrasi | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 4 | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 5 | Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 6 | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam/tahun | ≥ 60 % | ≥ 50 % | ≥ 55 % | ≥ 60 % |
| | | 7 | Cost recovery rate (keuangan) | > 40 % | > 30 % | > 35 % | > 40 % |
| | | 8 | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 9 | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap < 2 jam | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 10 | Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 11 | Kecepatan respon terhadap komplain | > 75 % | > 71 % | > 73 % | > 75 % |
| | | 12 | Rasio PNBPN terhadap biaya operasional (PB) | > 65 % | > 61% | > 63 % | > 65 % |
| | | 13 | Tugas satuan pengamanan selama 24 jam penuh | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 14 | Tidak ada kejadian kehilangan barang milik Rumah Sakit | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 15 | Tidak ada kejadian kehilangan barang milik pasien dan keluarganya | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 16 | Kepatuhan pemberian label sementara pada pengadaan barang baru | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| D | PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI | | | | | | |
| | | 1 | Tersedianya anggota tim PPI yang terlatih | ≥ 75 % | ≥ 71 % | ≥ 73 % | ≥ 75 % |
| | | 2 | Tersedia APD di setiap instalasi | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| | | 3 | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi Nosokomial Rumah Sakit | ≥ 75 % | ≥ 75 % | ≥ 75 % | ≥ 75 % |

BAB IV

PERAN PEMERINTAH PUSAT DAN PROVINSI

Peran Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB adalah sebagai berikut:

1. Pengorganisasian:
 - a. Gubernur Nusa Tenggara Barat bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan rumah sakit sesuai Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB
 - b. Penyelenggaraan pelayanan rumahsakit sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam butir a secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Barat.
2. Pelaksanaan dan Pembinaan
 - a. Rumahsakit wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal yang disusun dan disahkan oleh Kepala Daerah
 - b. Pemerintah Daerah wajib menyediakan sumber daya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal
 - c. Pemerintah dan Pemerintah Provinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal.
 - d. Fasilitasi dimaksud butir a dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, pelatihan, meliputi:
 - 1) Perhitungan kebutuhan pelayanan rumahsakit sesuai Standar Pelayanan Minimal
 - 2) Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM
 - 3) Penilaian pengukuran kinerja
 - 4) Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan standar pelayanan minimal rumahsakit
3. Pengawasan
 - a. Gubernur melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB.
 - b. Gubernur menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan rumah sakit sesuai standar pelayanan minimal yang ditetapkan.

BAB V

PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat pada hakekatnya merupakan jenis-jenis pelayanan rumah sakit yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Barat dengan standar kinerja yang ditetapkan. Namun demikian, diperlukan pentahapan dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal oleh Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat sejak ditetapkan pada tahun 2023 sampai dengan tahun 2027, sesuai dengan kondisi/perkembangan kapasitas Daerah. Mengingat Standar Pelayanan Minimal sebagai hak konstitusional maka seyogyanya Standar Pelayanan Minimal menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran Daerah.

Dengan disusunnya Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi Nusa Tenggara Barat diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit. Standar Pelayanan Minimal ini dapat dijadikan acuan bagi pengelola Rumah Sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

Pj. GUBERNUR NUSA TENGGARA BARAT,

H. LALU GITA ARIADI