



SALINAN

**BUPATI BANGKALAN
PROVINSI JAWA TIMUR**

PERATURAN BUPATI BANGKALAN
NOMOR **13** TAHUN 2023
TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS (UOBK)
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SYARIFAH AMBAMI RATO EBU
KABUPATEN BANGKALAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BANGKALAN,

Menimbang

bahwa guna menerapkan Standar Pelayanan Minimal untuk pemenuhan Jenis Pelayanan Dasar dan Mutu Pelayanan Dasar yang berhak diperoleh setiap Warga Negara pada bidang kesehatan, berdasarkan ketentuan Pasal 6 Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, salah satu sarana pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kepada masyarakat, Rumah Sakit memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat, maka perlu untuk menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) Rumah Sakit Umum Daerah Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten Bangkalan.

Mengingat

- : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 41), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Nomor 2730);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);
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 15 Tahun 2004 tentang Pengelolaan dan Tanggungjawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
8. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
9. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2022 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
10. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
11. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5612);

12. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4503), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
13. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 187, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6402);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
20. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 123);

21. Peraturan Daerah Kabupaten Bangkalan Nomor 1 Tahun 2019 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2018-2023 (Lembaran Daerah Kabupaten Bangkalan Tahun 2019 Nomor 1/E, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Bangkalan Nomor 55) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Bangkalan Nomor 3 Tahun 2021 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Bangkalan Nomor 1 Tahun 2019 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Tahun 2018-2023 (Lembaran Daerah Kabupaten Bangkalan Tahun 2021 Nomor 1/E, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Bangkalan Nomor 76);
22. Peraturan Daerah Kabupaten Bangkalan Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Bangkalan Tahun 2016 Nomor 1/D, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Bangkalan Nomor 37);
23. Peraturan Bupati Bangkalan Nomor 84 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Dinas Kesehatan (Berita Daerah Kabupaten Bangkalan Tahun 2020 Nomor 5/D).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL UNIT ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS (UOBK) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SYARIFAH AMBAMI RATO EBU KABUPATEN BANGKALAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Bangkalan.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Bupati adalah Bupati Kabupaten Bangkalan.
4. Dewan Perwakilan Daerah yang selanjutnya disingkat DPRD adalah lembaga perwakilan rakyat daerah Kabupaten Bangkalan.
5. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) Rumah Sakit Umum Daerah Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan.
6. Direktur adalah Direktur Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) Rumah Sakit Umum Daerah Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan.
7. Unit Organisasi Bersifat Khusus, selanjutnya disingkat UOBK, adalah unsur pelaksana untuk melaksanakan kegiatan Pelayanan di Bidang Kesehatan yang memiliki otonom dalam pengelolaan keuangan dan barang milik Daerah serta bidang kepegawaian.

8. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh UOBK Rumah Sakit Umum Daerah Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan.
9. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan UOBK Rumah Sakit Umum Daerah Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan kepada masyarakat.
10. Mutu Pelayanan adalah kinerja yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar kode etik profesi yang telah ditetapkan.
11. Dimensi Mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
12. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
13. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
14. Standar adalah nilai tertentu yang ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
15. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksud untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
16. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
17. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
18. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
19. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
20. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bias dicapai.
21. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II

MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) SPM dimaksudkan sebagai panduan bagi RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM.

- (2) SPM bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu kualitas pelayanan kesehatan RSUD kepada Masyarakat.

BAB III JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR (NILAI), BATAS WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu Jenis Pelayanan Pasal 3

- (1) RSUD mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan, pelayanan rujukan dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.
- (2) Jenis Pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
 - a. Pelayanan Gawat Darurat;
 - b. Pelayanan Rawat Jalan;
 - c. Pelayanan Rawat Inap;
 - d. Pelayanan Bedah Sentral;
 - e. Pelayanan Persalinan, perinatology dan KB;
 - f. Pelayanan Intensif;
 - g. Pelayanan Radiologi;
 - h. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik;
 - i. Pelayanan Rehab Medik;
 - j. Pelayanan Farmasi;
 - k. Pelayanan Gizi;
 - l. Pelayanan Bank Darah;
 - m. Pelayanan warga miskin (GAKIN);
 - n. Pelayanan Rekam Medik (Medical Record);
 - o. Pengelolaan Limbah;
 - p. Administrasi dan Manajemen;
 - q. Pelayanan Ambulan dan Pemulasaraan Jenazah;
 - r. Pelayanan IPRS;
 - s. Pelayanan Laundry;
 - t. Pelayanan Hemodialisa; dan
 - u. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

Bagian Kedua Indikator, Standar (Nilai), Batas Waktu Pencapaian dan Uraian Standar Pelayanan Minimal Pasal 4

- (1) Indikator, standar (nilai), batas waktu pencapaian SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 Ayat (2) tercantum dalam Lampiran Angka Romawi I yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

- (2) Uraian SPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 Ayat (2) tercantum dalam Lampiran Angka Romawi II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV PELAKSANAAN Pasal 5

- (1) RSUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan RSUD sesuai dengan SPM sebagaimana diatur dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh petugas dan/atau personel dengan kualifikasi dan kompetensi sesuai peraturan perundang-undangan.

BAB V PENERAPAN Pasal 6

- (1) Direktur menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran, target serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan RSUD berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan berdasarkan SPM.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan RSUD, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

BAB VI PEMBINAAN DAN PENGAWASAN Bagian Kesatu Pembinaan Pasal 7

- (1) Pembinaan RSUD dilakukan oleh Bupati.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
 - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
 - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
 - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

Bagian Kedua
Pengawasan
Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada Ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Direktur.

Pasal 9

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 Ayat (1) bersama sama jajaran manajemen RSUD menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Pengendalian Internal sebagaimana dimaksud pada Ayat (1) berfungsi membantu manajemen untuk tercapainya prestasi kerja sesuai dengan SPM.

Pasal 10

- (1) Pembinaan dan Pengawasan terhadap RSUD selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8 dan Pasal 9 juga dilakukan oleh Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Dewan pengawas sebagaimana dimaksud pada Ayat (1) adalah organ yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelola Badan Layanan Umum Daerah.

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7, Pasal 8, Pasal 9 dan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran RSUD.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP
Pasal 12

Peraturan Bupati ini berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditandatangani dan disahkan
pada tanggal 9 Maret 2023

Wakil Bupati

ttd

M. A. A.

Ditandatangani dan disahkan
pada tanggal 9 Maret 2023

Wakil Bupati Daerah Kabupaten Bangkalan

ttd

M. A. A.

BERITA DAERAH KABUPATEN BANGKALAN TAHUN 2023
NOMOR 12 SERI E

Ditandatangani dan disahkan
pada tanggal 9 Maret 2023

ttd

M. A. A.

Wakil Bupati

9 Maret 2023

13

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI BANGKALAN NOMOR
TAHUN 2023 TENTANG STANDAR PELAYANAN
MINIMAL UNIT ORGANISASI BERSIFAT KHUSUS
(UOBK) RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SYARIFAH
AMBAMI RATO EBU KABUPATEN BANGKALAN

I. SPM SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR		STANDAR	
1	2	3		4	
1	GAWAT DARURAT	1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	1	100%
		2	Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	2	24 jam
		3	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS	3	100%
		4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	4	Satu Tim
		5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	5	≤ lima menit terlayani, setelah pasien datang
		6	Kepuasan Pelangg	6	≥ 70 %
		7	Kematian pasien < 24 J	7	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam
		8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	9	100%
2	RAWAT JALAN	1	Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	1	100 % Dokter Spesialis
		2	Ketersediaan Pelayanan	2	a. Klinik Anak b. Klinik Penyakit dalam c. Klinik Kebidanan d. Klinik Beda
		3	Jam buka pelayanan	3	08.00 s/d 13.00 Setiap hari kerja kecuali Jumat : 08.00 - 11.00
		4	Waktu tunggu di rawat jalan	4	≤ 60 menit
		5	Kepuasan Pelanggan	5	≥ 90 %
		6	a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskop TB	a	≥ 60 %
			b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	b	≤ 60 %
3	RAWAT INAP	1	Pemberi pelayanan di Rawat Inap	1	a. Dr. Spesialis b. Perawat minimal pendidikan D3

		2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	2	100%
		3	Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	3	a. Anak b. Penyakit Dalam c. Kebidanan d. Bedah
		4	Jam Visite Dokter Spesialis	4	08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	5	$\leq 1,5 \%$
		6	Kejadian Infeksi Nosokomial	6	$\leq 1,5 \%$
		7	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian	7	100%
		8	Kematian pasien > 48 jam	8	$\leq 0.24 \%$
		9	Kejadian pulang paksa	9	$\leq 5 \%$
		10	Kepuasan pelanggan	10	$\geq 90 \%$
		11	Rawat Inap TB a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	11	a. 60 % b. 60 %
4	BEDAH SENTRAL	1	Waktu tunggu operasi elektif	1	≤ 2 hari
		2	Kejadian Kematian di meja operasi	2	$\leq 1\%$
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi	3	100%
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	4	100%
		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	5	100%
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi	6	100%
		7	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube	7	$\leq 6\%$
5	PERSALINAN, PERINATOLOGI	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan	1	a. Perdarahan $\leq 1 \%$ b. Pre-eklampsia $\leq 30 \%$ c. Sepsis $\leq 0,2 \%$

		2	Pemberi pelayanan persalinan normal		a. Dokter Sp. OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	3	Tim PONEK yang terlatih
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	4	a. Dokter Sp. OG b. Dokter Sp. A c. Dokter Sp. An
		5	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500	5	100%
		6	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	6	≤ 20 %
		7	Keluarga Berencana a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr. Sp. Og, dr. Sp. B, dr. Sp. U, dr. umum terlatih b. Presentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap bidan terlatih	7	100%
		8	Kepuasan Pelanggan	8	≥ 80 %
		8	INTENSIF		
		1	Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	1	≤ 3 %
		2	Pemberi pelayanan Unit Intensif	2	a. Dokter Sp. Anestesi dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU / setara (D4)
	RADIOLOGI	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	1	≤ 3 jam
		2	Pelaksana eksperti	2	Dokter Sp. Rad
		3	Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen	3	Kerusakan foto ≤ 2 %
		4	Kepuasan pelanggan	4	≥ 80 %
	LAB PATOLOGI KLINIK	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	1	≤ 140 menit Kimia darah & darah ruti
		2	Pelaksana eksperti	2	Dokter Sp. PK
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	3	100%
		4	Kepuasan pelanggan	4	≥ 80 %

9	REHAB MEDIK	1	Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan	1	$\leq 50 \%$
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	2	100%
		3	Kepuasan Pelanggan		$\geq 80 \%$
10	FARMASI	1	waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Racikan		a. ≤ 30 menit b. ≤ 60 menit
		2	Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian		100%
		3	Kepuasan Pelanggan	3	$\geq 80 \%$
		4	Penulisan resep sesuai formularium	4	100%
11	GAS MEDIK	1	Angka Keterlambatan Pengiriman Tabung Oksigen Emergency	1	≤ 30 menit
		2	Angka Ketidakpatuhan Pemeliharaan Rutin Flowmeter dan Manometer	2	3 Bulan
12	GIZI	1.	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	1	$\geq 90 \%$
		2.	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien maksimal	2	$\leq 20 \%$
		3.	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	3	100%
13	BANK DARAH	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi terpenuhi	1	100 % terpenuhi
		2	Kejadian reaksi transfusi	2	$\leq 0,01 \%$
14	GAKIN	1.	Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke rumah sakit di setiap unit pelayanan	1	100 % terlayani
15	REKAM MEDIK	1.	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan	1	100%
		2.	Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas	2	100%
		3.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	3	≤ 10 menit
		4.	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	4	≤ 15 menit
16	PENGELOLAAN LIMBAH	1	Baku mutu limbah c	1	a. BOD < 30 mg/l b. COD < 80 mg/l c. TSS < 30 mg/l d. PH 6-9

		2	Pengelolaan limbah padat infeksi sesuai dengan aturan	2	100%
17	Administrasi dan Manajemen	1.	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi	1	100%
		2.	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	2	100%
		3.	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	3	100%
		4.	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 100%	4	100%
		5.	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 (dua puluh) jam setahun	5	$\geq 60 \%$
		6.	Cost recovery;	6	$\geq 40\%$
		7	Kecepatan waktu penyusunan laporan keuangan setiap bulan/tahun	7	100%
		8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	8	≤ 2 jam
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) pegawai sesuai kesepakatan waktu	9	100%
18	AMBULAN/MOBIL JENAZAH	1.	Waktu Pelayanan ambulance/Kereta Jenazah	1	24 jam
		2.	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta Jenazah	2	≤ 30 menit
		3.	Response Time pelayanan ambulance/Kereta Jenazah di Rumah Sakit	3	Sesuai ketentuan daerah
19	PEMULASARAAN JENAZAH	1	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah	1	≤ 2 Jam
20	PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT	1.	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	1	$\geq 80\%$
		2.	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	2	100%
		3.	Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	3	100%
21	PELAYANAN LAUNDRY	1.	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	1	100%
		2.	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	2	100%
22	HEMODIALISA	1.	Pencapaian Hemodialisa (HD) adekuat minimal 60 % (enam puluh persen)	1	80%

		2.	Kecepatan penanganan komplikasi maksimal 5 (lima) menit	2	80%
23	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI	1.	Ada anggota tim Pencegah pengendalian Infeksi (PPI) yang terlatih	1	Anggota Tim PPI yang terlatih 75 %
		2.	Tersedia Alat Pelindung diri (APD) di setiap instalasi/department	2	60%
		3.	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosikomial/HAI (health care associated infections) di rumah sakit (minimum satu parameter)	3	75%

II. URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. Pelayanan Gawat Darurat

(1) Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani <i>life saving</i> di Gawat Darurat standar 100% (seratus persen)
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>Airway, Breath, Circulation</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang ke Gawat Darurat yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i>
Sumber data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

(2) Jam buka pelayanan gawat darurat

Judul	Jam buka pelayanan Gawat Darurat standar 24 (dua puluh empat) jam
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 (dua puluh empat) Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 (dua puluh empat) jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 (dua puluh empat) jam penuh.
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan Sumber data Laporan Bulanan
Sandar	24 Jam
Penanggung jawab Pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

- (3) Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat Advanced Trauma Life Support (ATLS)/Basic Trauma Life Support (BTLS) /Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)/Pertolongan Pertama Gawat Darurat (PPGD)

Judul	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat Advanced Trauma Life Support (ATLS)/Basic Trauma Life Support (BTLS) /Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)/Pertolongan Pertama Gawat Darurat (PPGD)
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Menunjukkan tersedianya Pelayanan Gawat Darurat yang ditangani oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga Kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan Advanced Trauma Life Support (ATLS)/Basic Trauma Life Support (BTLS) /Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)/Pertolongan Pertama Gawat Darurat (PPGD)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat Advanced Trauma Life Support (ATLS)/Basic Trauma Life Support (BTLS) /Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)/Pertolongan Pertama Gawat Darurat (PPGD)
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

- (4) Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana standar I Tim
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Menunjukkan Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk memberikan pertolongan klinis dalam penanggulangan akibat bencana alam yang terjadi
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (Tiga) bulan sekali
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Instalasi Gawat Darurat (IGD)
Standar	1 Tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

(5) Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat standar ≤ 5 (lima) menit terlayani setelah pasien datang
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Menunjukkan Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan dokter di gawat darurat adalah waktu yang dihitung sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling (minimal $n=50$)
Sumber data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu/Panitia Mutu

(6) Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat standar $\geq 70\%$ (tujuh puluh persen)
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	3 (Tiga) bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survei (minimal $n=50$)
Sumber data	Survey
Standar	70%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu/Panitia Mutu

(7) Kematian Pasien ≤ 24 (dua puluh empat) jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien ≤ 24 (dua puluh empat) jam di Gawat Darurat standar ≤ 2 perseribu
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 (dua puluh empat) jam adalah kematian yang

	terjadi dalam periode 24 (dua puluh empat) jam sejak pasien datang
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (Tiga) bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode \leq 24 (dua puluh empat jam) jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	\leq 2 perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

(8) Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka standar 100% (seratus persen)
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	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah Seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

2. Pelayanan Rawat Jalan

(1) Pemberi pelayanan di klinik spesialis

Judul	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis. (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan).
Frekuensi Pengumpulan Data	1(satu) bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) bula
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh Dokter

	Spesialis dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar 100 %	Standar 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi rawat jalan

(2) Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Rawat Jalan

(3) Buka pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis Jam buka 08.00 s.d. 13.00 WIB setiap hari kerja kecuali Jum'at
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar 100 %	Standar 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Rawat Jalan

(4) Waktu tunggu di Rawat Jalan

Judul	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di setiap Rumah Sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh Dokter Spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1(satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga)bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang di survei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang di survei
Sumber data	Survei Pasien rawat jalan
Standar ≤ 60 menit	≤ 60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Rawat Jalan/Komite Mutu/Tim Mutu

(5) Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan rawat jalan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien rawat jalan yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal lima puluh)
Sumber data	Survei
Standar ≥ 90 %	≥ 90 %
Penanggung jawab	Koordinator rawat jalan

(6) Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi Directly Observed Treatment, Short-Course (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 tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 (Lima) strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengeobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga)bulan
Periode Analisa	3 (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 3 (tiga) bulan
Sumber data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi Rawat Jalan

(7) Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TBC) di rumah sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi rawat jalan

3. Pelayanan Rawat Inap

(1) Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan di Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi Pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga

	perawat yang kompeten minimal Diploma tiga (D3)
Frekuensi pengumpulan Data	6 (enam) bulan
Periode Analisa	6 (enam) bulan
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
Sumber data	Kepegawaian
Standar 100 %	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 tehnik, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar 100 %	Standar 100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

(3) Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (tiga) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialisasi yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Regester rawat inap
Target	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan, dan bedah (kecuali rumah sakit khusus sesuai dengan spesifikasi

	rumah sakit tsb)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

(4) Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tegambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite Dokter Spesialis adalah kunjungan Dokter Spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 WIB
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bualn
Periode Analisa	tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 WIB yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	survei
Standar 100 %	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

(5) Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di Rumah Sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (colour), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan
Periode Analisa	Tiap bulan
Numerator	jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	rekam medis
Standar $\leq 1,5$ %	$\leq 1,5$ %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu

(6) Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien

Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

(7) Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dan sebagainya, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

(8) Kematian pasien > 48 (empat puluh delapan) jam

Judul	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi mutu	keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif

Definisi operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	1 (satu) bulan
Numerator	jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 (empat puluh delapan) jam dalam 1 (satu) bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	$\leq 0,24 \% \leq 2,4/1000$ (internasional) ($NDR \leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

(9) Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi mutu	Efektivitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan rumah sakit
Definisi operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh Dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar $\leq 5 \%$	Standar $\leq 5 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap / Komite Mutu / Tim Mutu

(10) Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan pelanggan rawat inap
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan

Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal lima puluh)
Sumber data	Survei
Standar	≥90 % (Sembilan puluh persen)
Penanggung jawab	Ketua komite Mutu/Tim Mutu

(11) Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi Direct Observed Treatmen Short-course (DOTS)

Judul	Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi <i>Direct Observed Treatmen Short-course</i> (DOTS)
Dimensi mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawatinap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi <i>Direct Observed Treatmen Short-course</i> (DOTS)
Definisi operasional	Pelayanan rawat jalan tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 (Lima) strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberculosis, pengeobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 (tiga) bulan
Periode analisis	Tiap 3 (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 3 (tiga) bulan
Sumber data	Register rawat jalan, register TB 03 UPK
Standar 100 %	Standar 100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Pelayanan Bedah Sentral

(1) tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi elektif standar ≤2 (dua) hari
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah

Definisi operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral

(2) Waktu Kejadian kematian di meja operasi

Judul	Kejadian kematian di meja operasi Standar ≤ 1 % (satu persen)
Dimensi mutu	keselamatan, efektifitas
Tujuan	tergambarkannya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	tiap bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam Medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	≤ 1 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

(3) Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi standar 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya

Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

(4) Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang standar 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi operasional	kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

(5) Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi standar 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>

Periode analisis	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis, Laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

(6) Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

Judul	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi standar 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi operasional	kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Numerator	jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 100 \%$
Penanggung jawab	Kepala Intalasi Bedah Sentral/Komite Medis

(7) Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan Endotracheal tube

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi mutu	keselamatan pasien
Tujuan	tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>
Periode analisis	1 (satu) bulan dan <i>sentinel event</i>

Numerator	jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	$\leq 6 \%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

5. Pelayanan Persalinan, Perinatology

(1) Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Definisi operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklampsia, eklampsia, dan sepsis. Pendarahan adalah pendarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg • Protein uria > 5 gr/24 jam 3+/4+ pada pemeriksaan kualitatif • Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre eklampsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia, sepsis (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Sumber data	Rekam Medis Rumah Sakit
Standar	Pendarahan $\leq 1 \%$, pre-eklampsia $\leq 30\%$, Sepsis $\leq 0,2 \%$
Penanggung jawab	Komite Medik

(2) Pemberi pelayanan persalinan normal

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

(3) Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	<p>Pemberi Pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari Dokter Spesialis kandungan dan Kebidanan (Sp.OG), dengan dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih.</p> <p>Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500 gr (dua ribu lima ratus gram), kelainan panggul, perdarahan ante partum, eklampsia dan preeklampsia berat dan tali pusat menumbung</p>
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (Tiga) bulan
Numerator	Tersedianya tim Dokter Spesialis <i>Obgyn</i> (SpOG), dokter umum, bidan dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Kepegawaian dan Rekam Medis
Standar	Tersedia

Penanggung jawab	Komite Mutu
------------------	-------------

(4) Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah Dokter Spesialis Obgyn, Dokter Spesialis Anak, Dokter Spesialis Anastesi.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu)bulan
Periode analisis	3 (tiga)bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Spesialis Obgyn, Dokter Spesialis Anak, Dokter Spesialis Anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Komite Mutu

(5) Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr
Dimensi mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Definisi operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 gr – 2500 gr
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 gr – 2500 gr yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr – 2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab	Komite Medik/ Komite Mutu

(6) Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi

Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
Frekuensi pengumpulan data	1(satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤ 20 % (dua puluh persen)
Penanggung jawab	Komite Mutu

(7) a. Keluarga Berencana

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	1 Bulan
Periode analisis	3 Bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur /wadir Pelayanan Medik dan keperawatan

b.Konseling KB Mantap

Judul	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 Bulan
Periode analisis	3 Bulan

Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur /wadir Pelayanan Medik dan keperawatan

(8) Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

6. Pelayanan Intensif

(1) Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam

Judul	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 (tujuh puluh dua) jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 (tujuh puluh dua) jam
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 (tujuh puluh dua) jam dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 (satu) bulan

Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 3\%$ (tiga persen)
Penanggung jawab	Komite Medik/Mutu

(2) Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif .
Dimensi mutu	Kompetensi teknis.
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten.
Definisi operasional	Pemberi Pelayanan intensif adalah Dokter Spesialis Anestesi (Sp.An) dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat Diploma Tiga (D3) dengan sertifikat perawat mahir <i>Intensive Care Unit (ICU)</i> /setara.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah tenaga Dokter Spesialis Anestesi dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat Diploma Tiga (D3) dengan sertifikat perawat mahir <i>Intensive Care Unit (ICU)</i> /setara yang melayani pelayanan perawatan intensif.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif.
Sumber data	Kepegawaian.
Standar	100 % (seratus persen).
Penanggung jawab	Komite Medik/Mutu.

7. Pelayanan Radiologi

(1) Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto standar ≤ 3 jam
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam 1 (satu) bulan
Denominator	jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	rekam medis
Standar	$< 3\%$

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi
------------------	----------------------------

(2) Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

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

(3) Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen standar ≤ 2 % (dua persen)
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen
Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiologi
Standar	< 2 %

Penanggung jawab	Kepala Instalasi Radiologi
------------------	----------------------------

kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan standar $\geq 80\%$
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	$> 80\%$
Penanggung jawab	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

(1) Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium ≤ 140 menit (manual)
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi standar
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	jumlah komulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	< 140 menit (manual)
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

(2) Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

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

(3) Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium standar 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala instalasi Laboratorium

(4) Kepuasan pelanggan

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

9. Pelayanan Rehabilitasi Medik

(1) Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang Direncanakan

Judul	Kejadian <i>drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan
Definisi operasional	<i>Drop out</i> pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode analisis	6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang <i>drop out</i> dalam 3 (tiga) bulan
Denominator	jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 (tiga) bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 50\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

(2) Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan

Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan klinis dalam rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

(3) Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 % (delapan puluh persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

10. Pelayanan Farmasi

1.a .Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi

Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	$\leq 30\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	$\leq 60\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

2. 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	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan

Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang isurvei
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

3. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai formularium
Dimensi mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Definisi operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 Bulan
Periode analisis	3 B ulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sample yang sesuai formularium dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmas

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	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥80 % (delapan puluh persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

11. Pelayanan Gas Medik

(1) Ketepatan waktu pengiriman tabung ke ruangan rawat

Judul Indikator	Ketepatan Waktu Pengiriman Tabung Ke Ruang Rawat
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pengiriman tabung di ruang rawat adalah tenggang waktu tabung oksigen mulai dikirimkan dari Instalasi Gas Medik ke masing-masing ruangan yang membutuhkan.
Tujuan	Tergambarnya kecepatan waktu pengiriman tabung oksigen ke ruang rawat.
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Dasar pemikiran	Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit
Numerator (pembilang)	Jumlah hari dalam 1 bulan dengan pengiriman tabung tepat waktu
Denominator (penyebut)	Jumlah hari dalam 1 bulan
Formula Pengukuran	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Standar	≤ 120 menit
Metodologi Pengumpulan Data	dataset
Cakupan Data	Total Populasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap hari
Frekuensi Analisis Data	Tiap bulan
Metode Analisis Data	Menggunakan diagram garis digunakan untuk menampilkan data dari waktu ke waktu
Sumber data	Formulir pengiriman tabung oksigen Instalasi Gas Medik
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Gas Medik

(2) Ketersediaan Tabung Oksigen Di Ruang Rawat

Judul Indikator	Ketersediaan Tabung Oksigen Di Ruang Rawat
Definisi Operasional	Ketersediaan tabung oksigen di ruang rawat adalah terjaganya jumlah/stok ketersediaan tabung oksigen diruangan sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan.
Tujuan	Tergambarnya ketersediaan tabung oksigen sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan diruang rawat.
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efisiensi
Dasar pemikiran	Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit
Numerator (pembilang)	Jumlah hari dalam 1 bulan dengan ketersediaan tabung oksigen sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan
Denominator (penyebut)	Jumlah hari dalam 1 bulan
Formula Pengukuran	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Target	Jumlah tabung oksigen 1M3 76 Jumlah tabung oksigen 6M3 64

Metodologi Pengumpulan Data	dataset
Cakupan Data	Total Populasi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap hari
Frekuensi Analisis Data	Tiap bulan
Metode Analisis Data	Menggunakan diagram garis digunakan untuk menampilkan data dari waktu ke waktu
Sumber data	Formulir pengiriman tabung oksigen Instalasi Gas Medik
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Gas Medik

(12) 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	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	≥90 % (Sembilan puluh persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

(2) Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan

Sumber data	Survei
Standar	≤ 20 % (dua puluh persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

(3) Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

13. Pelayanan Bank Darah

(1) Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Bank Darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 % (seratus Persen)
Penanggung jawab	Yang bertanggungjawab terhadap pengelolaan Bank Darah

(2) Kejadian reaksi transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfusi
Dimensi mutu	Keselamatan

Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada Unit Transfusi Darah
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 0,01$ %
Penanggung jawab	kepala Unit Transfusi Darah

14. Pelayanan Warga Miskin (Gakin)

- (1) Pelayanan terhadap pasien Keluarga Miskin (GAKIN) yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien keluarga Miskin (GAKIN) yang datang ke Rumah Sakit pada setiap unit pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu ASKESKIN
Frekuensi pengumpulan data	1(satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

15. Pelayanan Rekam Medik (Medical Record)

- (1) Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan standar 100%
-------	---

	(seratus persen)
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 (dua puluh empat) jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume.
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Sub.Bagian Instalasi Rekam Medis

(2) Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas standar 100% (seratus persen)
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	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Sub.Bagian Instalasi Rekam Medik

(3) Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan standar rerata ≤ 10 (sepuluh) menit
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru /di ruang rekam medis untuk pasien lama
Standar	Rerata < 10 menit
Penanggung jawab	Kepala Sub. Bagian Instalasi Rekam Medik

(4) Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap standar Rerata ≤ 15 (lima Belas) menit
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medis rawat inap
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap 3 (tiga) bulan
Numerator	jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat

	jalan
Standar	Rerata < 15 menit
Penanggung jawab	Kepala Sub.Bagian Rekam Medis

16. Pengelolaan Limbah

(1) Baku Mutu Limbah Cair

Judul	Baku Mutu Limbah Cair
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 ditolelir dan diukur dengan indikator : <ul style="list-style-type: none"> ▪ BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter ▪ COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter ▪ TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter ▪ PH : 6-9
frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	hasil pemeriksaan
Standar	100 % (seratus Persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Prasarana Rumah Sakit

(2) Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit

Definisi operasional	<p>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 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa Ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan <p>Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku</p>
frekuensi pengumpulan data	1 (satu)bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur operasional yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Prasarana Rumah Sakit (IPSR)

17.Administrasi Dan Managemen

(1) Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi (tunggu direktur)

Judul	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing.
frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

(2) Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 (tiga) bulan sekali
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) tahun
Periode analisis	1 (satu) tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 (tiga) bulan dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Direktur

(3) Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan 2 (dua) periode dalam 1 (satu) tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) tahun
Periode analisis	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

(4) Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Kenaikan gaji berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No 8/1974, UU No 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) tahun
Periode analisis	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang mendapatkan Surat Keputusan kenaikan gaji berkala tepat waktu dalam 1 (satu) tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

(5) Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 (dua puluh) jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 (dua puluh) jam pertahun
Dimensi mutu	kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 (dua puluh) jam per tahun
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) tahun
Periode analisis	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 (dua puluh) jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	Sub Bag Kepegawaian
Standar	≥60 % (enam puluh persen)
Penanggung jawab	Kepala Bagian Diklit
Judul	<i>Cost recovery</i>
Dimensi mutu	efisiensi, efektivitas
Tujuan	tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit

(6)

Definisi operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	jumlah pendapatan fungsional dalam 1 (satu) bulan
Denominator	jumlah pembelanjaan operasional dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Sub Bag Keuangan
Standar	≥ 40 % (empat puluh persen)
Penanggung jawab	Kepala Bagian Keuangan

(7) 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 (sepuluh) setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	3 (tiga) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 (tiga) bulan
Sumber data	Sub Bag Keuangan
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Kepala Bagian Keuangan

(8) Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	tiap 3 (tiga) bulan

Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	≤ 2 (dua) jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

(9) Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi pengumpulan data	tiap 6 (enam) bulan
Periode analisis	tiap 6 (enam) bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6 (enam)
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

18. Pelayanan Ambulan/Mobil Jenazah

(1) Waktu pelayanan ambulan/kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan
Definisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat

Standar	24 jam
Penanggungjawab pengumpul data	Ka Instalasi Ambulance/Kereta Jenazah

(2) Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit
Dimensi mutu	kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah
Definisi operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance/kereta jenazah. Maksimal 30 (tiga puluh) menit
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam satu bulan
Sumber data	catatan penggunaan ambulance/kereta jenazah
Standar	100 % (seratus persen)
Penanggung jawab	Penanggung Jawab Ambulance

19. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

(1) Waktu Tanggap Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Judul	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
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
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Total komulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	hasil pengamatan
Standar	≤ 2 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

20. Pelayanan IPRS

- (1) Ketetapan waktu waktu menanggapi kerusakan alat standar ≥ 80 % (delapan puluh persen)

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat standar ≥ 80 % (delapan puluh persen)
Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 (lima belas) menit harus sudah ditanggapi
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 (lima belas) menit dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 (satu) bulan
Sumber data	Catatn laporan kerusakan alat
Standar	$> 80\%$
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasana Rumah Sakit (IPSRS)

- (2) Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat standar 100%
-------	--

Dimensi mutu	efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemeliharaan Saran dan Prasarana Rumah Sakit (IPRS)

- (3) Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.

Judul	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi standar 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK).
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) tahun
Periode analisis	1 (satu) tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 (satu) tahun
Denominator	jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 (satu) tahun
Sumber data	Buku registrasi
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah Sakit (IPSR)

21. Pelayanan Laundry

(1) Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang standar 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 (empat) hari sampling dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

(2) Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Judul	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap standar 100% (seratus persen)
Dimensi mutu	Efisiensi dan 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	1 (satu) bulan
Periode analisis	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

22. Pelayanan Hemoalisis

(1) Pencapaian Hemodialisa (HD) adekuat 60%

Judul	Pencapaian HD adekuat minimal 60% (enam puluh persen)
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan layanan
Tujuan	Tergambarnya kualitas pelayanan haemodialisa
Definisi Operasional	Adalah penurunan kadar ureum dan creatinin dari sebelum dan sesudah pelaksanaan Hemodialisa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) bulan
Periode Analisa	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah pasien HD reguler
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dilakukan Haemodialisa
Sumber Data	Berkas Rekam Medik
Standar RSUD	80%
Penanggungjawab Penggumpul Data	Case Manager Haemodialisa

23. Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi(PPI)

(1) Ada Anggota Tim pencegah dan pengendaliann Infeksi (PPI) yang terlatih

Judul	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya Anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah Anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi pengumpulan data	1 (satu) bulan
Periode analisis	3 (tiga) bulan
Numerator	Jumlah anggota Tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75 % (tujuh puluh lima persen)
Penanggung jawab	Ketua Komite Pencegah dan pengendalian Infeksi

(2) Ketersediaan Alat Pelindung Diri

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Mutu Pelayanan, Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi Rumah Sakit
Definisi operasional	Alat terstandart yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, Pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di Rumah Sakit seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah Instalasi yang menggunakan Alat Pelindung Diri
Denominator	Jumlah Instalasi di Rumah Sakit
Sumber data	Survei
Standar	60 % (enam puluh persen)
Penanggung jawab	Tim PPI (Pencegah dan Pengendalian Infeksi)

(3) Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS. Minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 (satu) bulan
Numerator	Jumlah Instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah Instalasi di Rumah Sakit
Sumber data	Survei
Standar	75 %
Penanggung jawab	Tim Pencegah dan Pengendali Infeksi

Keterangan :
ILO : Infeksi Luka Operasi
ILI : Infeksi Luka Infus
VAP : Ventilator Associated Pneumonie
ISK : Infeksi Saluran Kemih

1. ttd
M

2. ttd

MA
e
9