



# **BUPATI MUSI RAWAS**

PROVINSI SUMATERA SELATAN  
PERATURAN BUPATI MUSI RAWAS  
NOMOR 53 TAHUN 2022

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
RUMAH SAKIT dr. SOBIRIN KABUPATEN MUSI RAWAS

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
BUPATI MUSI RAWAS,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, perlu menetapkan Peraturan Bupati Musi Rawas tentang Standar Pelayanan Minimal pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas.

Mengingat : 1. Pasal 18 Ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;  
2. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1959 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II termasuk Kotapraja, dalam Lingkungan Daerah Tingkat I Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1821);  
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);  
4. 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 beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
5. 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 beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
  6. 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 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
  7. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
  8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
  9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
  10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);

11. 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);
12. Peraturan Daerah Kabupaten Musi Rawas Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Musi Rawas (Lembaran Daerah Kabupaten Musi Rawas Tahun 2016 Nomor 10), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Musi Rawas Nomor 1 Tahun 2021 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Kabupaten Musi Rawas Nomor 10 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Musi Rawas (Lembaran Daerah Kabupaten Musi Rawas Tahun 2021 Nomor 1).

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI MUSI RAWAS TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT dr. SOBIRIN KABUPATEN MUSI RAWAS.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kabupaten Musi Rawas.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Musi Rawas.
3. Bupati adalah Bupati Musi Rawas.
4. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas yang merupakan satuan Kerja Perangkat Daerah yang menerapkan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
5. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan

dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

6. Pola Pengelolaan Keuangan BLUD, yang selanjutnya disingkat PPK-BLUD adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sepagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya
7. Direktur adalah pimpinan Rumah Sakit yang diangkat oleh Bupati dan bertindak sebagai Pejabat Pengelola Rumah Sakit.
8. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, dan pelayanan administrasi manajemen.
9. 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 ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
10. Penerapan SPM adalah pelaksanaan SPM yang dimulai dari tahapan pengumpulan data, penghitungan kebutuhan pemenuhan Pelayanan Dasar, penyusunan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar, dan pelaksanaan pemenuhan Pelayanan Dasar.
11. Pelayanan Dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar warga negara.
12. Jenis Pelayanan Dasar adalah jenis-jenis pelayanan dalam rangka penyediaan barang dan/atau jasa yang berhak diperoleh oleh setiap warga negara secara minimal.

13. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraannya sesuai dengan standar kode etik profesi yang telah ditetapkan.
14. 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.
15. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
16. 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.
17. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
18. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
19. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
20. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
21. Pembilang (*numerator*) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.

22. Penyebut (*denominator*) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
23. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
24. 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 untuk memberikan panduan bagi Rumah Sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan SPM Rumah Sakit;
- (2) SPM bertujuan untuk:
  - a. meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat secara berkelanjutan yang sesuai standar berbasis profesionalisme;
  - b. terlaksananya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan rumah sakit yang bermutu dan terjangkau; dan
  - c. terlaksananya pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar sesuai dengan tuntutan masyarakat di wilayah cakupannya.

## BAB III RUANG LINGKUP

### Pasal 3

Ruang lingkup Peraturan Bupati ini, meliputi:

- a. jenis pelayanan;
- b. indikator dan standar pelayanan; dan
- c. target dan waktu pencapaian standar pelayanan.

BAB IV  
JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR, TARGET WAKTU  
PENCAPAIAN DAN URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Bagian Kesatu  
Jenis Pelayanan

Pasal 4

- (1) Rumah Sakit mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif), yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), peningkatan (promotif) serta upaya rujukan.
- (2) Jenis pelayanan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a, meliputi:
  - a. Pelayanan Gawat Darurat;
  - b. Pelayanan Rawat Jalan;
  - c. Pelayanan Rawat Inap;
  - d. Pelayanan Bedah Sentral;
  - e. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
  - f. Pelayanan Intensif;
  - g. Pelayanan Radiologi;
  - h. Pelayanan Laboratorium;
  - i. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
  - j. Pelayanan Hemodialisa;
  - k. Pelayanan Farmasi;
  - l. Pelayanan Gizi;
  - m. Pelayanan Tranfusi Darah;
  - n. Pelayanan Keluarga Miskin;
  - o. Pelayanan Rekam Medis;
  - p. Pengelolaan Limbah;
  - q. Pelayanan *Ambulance*/ Kereta Jenazah;
  - r. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;
  - s. Administrasi dan Manajemen;
  - t. Pelayanan Laundry;
  - u. Pelayanan *Central Sterile Supply Department* (CSSD)
  - v. Pelayanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit;
  - w. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);

- x. Pelayanan *Case Manager*, dan
- y. Pelayanan Humas.

Bagian Kedua  
Indikator dan SPM

Pasal 5

- (1) Setiap jenis pelayanan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (2), mempunyai indikator dan standar pelayanan.
- (2) Indikator dan standar pelayanan rumah sakit berfungsi sebagai batasan layanan minimal yang seharusnya dipenuhi oleh Rumah Sakit.
- (3) Indikator dan standar pelayanan rumah sakit wajib dilaksanakan oleh Rumah Sakit untuk meningkatkan pelayanan kepada instansi pengguna dan masyarakat.
- (4) Pejabat struktural di lingkungan Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap penerapan dan pencapaian indikator dan standar pelayanan rumah sakit sesuai dengan kewenangannya masing-masing.
- (5) Indikator dan standar pelayanan Rumah Sakit sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Peraturan Bupati ini.

Bagian Ketiga  
Target Waktu Pencapaian SPM

Pasal 6

- (1) Setiap jenis pelayanan Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4 ayat (1), memuat target dan waktu pencapaian SPM.
- (2) Target dan waktu pencapaian SPM disusun dengan memperhatikan data dasar dan kemampuan Rumah Sakit yang mencerminkan ketersediaan keuangan dan sumber daya yang ada, serta memperhatikan target SPM Nasional.
- (3) Penyusunan target dan waktu pencapaian SPM menjadi acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing bidang pelayanan agar dapat menjadi dasar dalam melakukan evaluasi.

- (4) Target dan waktu pencapaian SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran II Peraturan Bupati ini.

#### Bagian Keempat

##### Uraian SPM

##### Pasal 7

Uraian SPM sebagaimana dimaksud tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

#### BAB V

##### PELAKSANAAN

##### Pasal 8

- (1) Rumah Sakit yang menerapkan PPK-BLUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Rumah Sakit paling lambat 1 (satu) tahun menyusun Rencana Pencapaian SPM.

#### BAB VI

##### PENERAPAN

##### Pasal 9

- (1) Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen Rumah Sakit menyusun rencana bisnis anggaran, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar pelayanan Minimal.

- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

## BAB VII PEMBINAAN

### Pasal 10

- (1) Pembinaan Rumah Sakit yang merupakan PPK-BLUD dilakukan oleh Kepala Daerah melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
  - a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
  - b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
  - c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
  - d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.
- (3) Pembinaan Rumah Sakit yang merupakan PPK BLUD dilakukan oleh Kepala Daerah melalui Sekretaris Daerah.

## BAB VIII PENGAWASAN DAN PELAPORAN

### Bagian Kesatu Pengawasan

#### Pasal 11

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Direktur atau Pimpinan Rumah Sakit.

#### Pasal 12

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud pada Pasal 11 ayat (1) bersama jajaran manajemen Rumah Sakit menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.

- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

#### Pasal 13

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap Rumah Sakit selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud Pasal 11 dan Pasal 12, dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah orang yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah.

#### Pasal 14

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 dan Pasal 12 dibebankan pada pendapatan operasional Rumah Sakit yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis Anggaran Rumah Sakit.

### Bagian Kedua

#### Pelaporan

#### Pasal 15

- (1) Direktur Rumah Sakit menyusun laporan penerapan dan pencapaian SPM Rumah Sakit setiap tahun.
- (2) Laporan penerapan dan pencapaian SPM Rumah Sakit disampaikan pada Dewas Pengawas paling lambat akhir Februari tahun berikutnya.
- (3) Laporan penerapan dan pencapaian SPM Rumah Sakit digunakan sebagai bahan pembinaan dan kebijakan lebih lanjut terkait penerapan SPM Rumah Sakit.

BAB IX  
PENUTUP

Pasal 16

Peraturan Bupati ini berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Muara Beliti  
pada tanggal, 21 Desember 2022

BUPATI MUSI RAWAS,

**dto**

RATNA MACHMUD

Diundangkan di Muara Beliti  
pada tanggal, 21 Desember 2022

Pj. SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN MUSI RAWAS,

**dto**

AIDIL RUSMAN

BERITA DAERAH KABUPATEN MUSI RAWAS TAHUN 2022 NOMOR 53

SALINAN SESUAI DENGAN ASLINYA

KEPALA BAGIAN HUKUM,



H. MUKHLISIN, S.H.,M.H

Pembina Utama Muda

NIP. 19700623 199201 1 003

LAMPIRAN PERATURAN BUPATI MUSI RAWAS  
NOMOR 53 TAHUN 2022  
TENTANG STANDAR PELAYANAN  
MINIMAL PADA BADAN LAYANAN  
UMUM DAERAH RUMAH SAKIT dr.  
SOBIRIN KABUPATEN MUSI  
RAWAS

**BAB I**  
**PENDAHULUAN**

**A. LATAR BELAKANG**

Sebagai bentuk Badan Layanan Umum, diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan, meningkatkan efisiensi, dan dapat memberikan aksesibilitas yang cukup baik kepada masyarakat. Pada akhirnya status rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum (BLU) dapat dimanfaatkan oleh masyarakat dalam memperoleh jasa layanan Kesehatan yang lebih terjangkau, lebih baik, dan lebih meningkatkan kesejahteraan bagi *provider* internal karena fleksibilitas pengelolaan rumah sakit menggunakan kaidah-kaidah bisnis yang sehat.

Percepatan Implementasi Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) bagi rumah sakit daerah saat ini tergantung pada *multistakeholder* rumah sakit itu sendiri. Lahirnya Permendagri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) telah cukup untuk memberikan gambaran teknis pekerjaan yang perlu dilakukan dalam memenuhi kriteria yang dipersyaratkan dalam peraturan perundang-undangan.

Sesuai dengan Permendagri Nomor 61 Tahun 2007, disebutkan bahwa salah satu dokumen persyaratan administratif yang harus dipenuhi apabila ORGANISASI PERANGKAT DAERAH akan menerapkan PPK-BLUD adalah dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM). Ditetapkannya rumah sakit sebagai badan layanan umum, rumah sakit harus dapat menunjukkan akuntabilitasnya baik secara teknis maupun keuangan, terhadap pemerintah dan terhadap masyarakat. Rumah sakit harus memberikan pelayanan kesehatan yang maksimal dan memuaskan kepada masyarakat sehingga sangat penting untuk diperhatikan bahwa sebuah

rumah sakit diwajibkan untuk memiliki dan memenuhi Standar Pelayanan Minimal (SPM) agar menjamin kepuasan dan keamanan pasien.

Standar pelayanan minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal (Kepmenkes Nomor 129, 2008). Standar Pelayanan Minimal juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat (Permendagri Nomor 61, 2007). Sedangkan berdasarkan pasal 15 dijelaskan bahwa Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud memuat batasan minimal mengenai jenis dan mutu layanan dasar yang harus dipenuhi oleh Organisasi Perangkat Daerah atau Unit Kerja.

Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas sebagai Rumah Sakit Kelas C merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah Kabupaten Musi Rawas. Dalam perjalanannya, berbagai upaya telah dilakukan untuk mengubah citra pelayanan Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas, salah satunya adalah dengan memenuhi Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Karena Standar Pelayanan Minimal (SPM) dapat dijadikan indikator dan target pencapaian kinerja yang dapat diterima oleh pemerintah dan masyarakat dengan optimalisasi dan pengembangan sumber daya dan prosedur pelayanan rumah sakit yang ada.

Penetapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas dimaksudkan sebagai penetapan ketentuan mengenai jenis dan kualitas pelayanan sebagai acuan yang diupayakan oleh Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas dan juga digunakan sebagai tolok ukur kinerja dalam penyusunan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta, pengawasan dan pertanggung-jawaban penyelenggaraannya. Implementasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) juga menjadi sangat strategis dalam kaitannya dengan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan akan memperkuat sisi promotif rumah sakit.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas ini juga memberi kejelasan tujuan pengumpulan data, definisi operasional, frekuensi pengumpulan data, periode analisa, cara perhitungan nilai pencapaian kinerja/standar dengan memberi kejelasan pembilang dan penyebutnya, sumber data yang dipergunakan, dan

penanggung jawab pengumpulan data. Penetapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas juga sekaligus untuk memenuhi persyaratan dalam pelaksanaan Pola Kelola Keuangan Badan Layanan Umum Daerah sehingga dimungkinkannya praktek bisnis yang sehat oleh unit teknis pelayanan pemerintah yang dalam mengupayakan kesejahteraan yang optimal bagi masyarakat. Kepala daerah juga bertanggungjawab atas penyelenggaraan standar pelayanan minimal yang dikordinasikan dengan dinas kesehatan untuk memastikan bahwa standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan telah berjalan dengan seharusnya.

## **B. MAKSUD DAN TUJUAN**

### **1. Maksud**

Standar Pelayanan Minimal dimaksudkan untuk panduan bagi Rumah Sakit dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan, dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

### **2. Tujuan**

- a. Standar Pelayanan Minimal bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kepada masyarakat secara berkelanjutan yang sesuai standar berbasis profesionalisme;
- b. Terlaksananya peningkatan derajat Kesehatan masyarakat melalui pelayanan rumah sakit yang bermutu dan terjangkau; dan
- c. Terlaksananya pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar sesuai dengan tuntutan masyarakat di wilayah cakupannya.

**BAB II**  
**SISTEMATIKA DOKUMEN**  
**STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT**

Sistematika dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM) disusun dalam bentuk:

- Bab I**       Pendahuluan.
1. Latar belakang.
  2. Maksud dan tujuan.
- Bab II**       Sistematika Dokumen Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- Bab III**      Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, terdiri dari:
- a. Kebijakan.
  - b. Jenis pelayanan.
  - c. Standar Pelayanan Minimal (SPM) setiap jenis pelayanan, indikator dan standar.
- Bab IV**      Uraian Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- Bab V**       Penutup.

### **BAB III**

#### **STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT**

##### **A. KEBIJAKAN**

Kebijakan Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas dalam Menyusun Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah penetapan Standar Pelayanan Minimal Unit Kerja sebagai Sasaran Mutu Unit Kerja yang terdiri dari paling sedikit 2 (dua) jenis standar yang merupakan *core product* (produk utama) dari unit kerja tersebut dan 1 (satu) standar sebagai representatif dari perspektif kepuasan pelanggan.

Sasaran mutu unit kerja yang selanjutnya ditetapkan sebagai Standar Pelayanan Minimal merupakan sesuatu yang harus dicapai oleh unit kerja dan harus dijadikan dasar penetapan rencana manajemen mutu sebagai suatu parameter yang dilengkapi oleh dokumen mutu pendukung.

##### **B. JENIS-JENIS PELAYANAN RUMAH SAKIT**

Jenis-jenis pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas, adalah:

1. Pelayanan Gawat Darurat;
2. Pelayanan Rawat Jalan;
3. Pelayanan Rawat Inap;
4. Pelayanan Bedah Sentral;
5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi;
6. Pelayanan Intensif;
7. Pelayanan Radiologi;
8. Pelayanan Laboratorium;
9. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
10. Pelayanan Hemodialisa;
11. Pelayanan Farmasi;
12. Pelayanan Gizi;
13. Pelayanan Tranfusi Darah;
14. Pelayanan Keluarga Miskin;
15. Pelayanan Rekam Medis;
16. Pengelolaan Limbah;
17. Pelayanan Ambulance/ Kereta Jenazah;
18. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah;

19. Administrasi dan Manajemen;
20. Pelayanan Laundry;
21. Pelayanan *Central Sterile Supply Department* (CSSD);
22. Pelayanan Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit;
23. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI);
24. Pelayanan *Case Manager*, dan
25. Pelayanan Humas.

**C. STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR**

No.	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal	
		Indikator	Standar
1	2	3	4
1.	Pelayanan Gawat Darurat	1. Kemampuan Menangani <i>Life Saving</i> di Gawat Darurat	1. 100%
		2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat	2. 24 Jam
		3. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan Bersertifikat yang Masih Berlaku (ATLS, BTLS, ACLS, PPGD)	3. 100%
		4. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter Gawat Darurat	4. ≤ 5 Menit
		5. Kepuasan Pelanggan Pada Pelayanan Gawat Darurat	5. ≥ 70%
		6. Kematian Pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat	6. 2‰
		7. Tidak Adanya Pasien yang diharuskan Membayar Uang Muka	7. 100%
		8. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana	8. 1 Tim
2.	Pelayanan Rawat Jalan	1. Dokter Pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	1. 100% Dokter Spesialis
		2. Ketersediaan Pelayanan Sesuai dengan Rumah Sakit Tipe C	2. a. Klinik Anak, b. Penyakit Dalam, c. Kebidanan dan Kandungan, d. Penyakit Bedah.
		3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan	3. Senin-Kamis : 08.00-13.00 Jumat: 08.00-11.00 Sabtu : 08.00-12.00
		4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan	4. ≤ 60 Menit
		5. Kepuasan Pelanggan Pada Pelayanan Rawat Jalan	5. ≥ 90%
		6. Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis yang Ditangani dengan DOTS	6. 100%
		7. Kegiatan Penegakan Diagnosis Tuberkulosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis	7. 100%
		8. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberkulosis Rawat Jalan di Rumah Sakit	8. 100%

No.	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal	
		Indikator	Standar
1	2	3	4
3.	Pelayanan Rawat Inap	1. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap	1. a. Dokter Spesialis b. Perawat Minimal D3
		2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	2. 100%
		3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap Sesuai Kelas C	3. a. Pelayanan Penyakit Anak, b. Penyakit Dalam, c. Kebidanan dan Kandungan, d. Penyakit Bedah
		4. Jam <i>Visite</i> Dokter Spesialis	4. 08.00-14.00
		5. Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter Spesialis/ Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)	5. $\geq 80\%$
		6. Kepatuhan Identifikasi Pasien	6. 100%
		7. Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)	7. $< 4,7\%$
		8. Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)	8. 2%
		9. Angka Kejadian <i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP)	9. $< 1\%$
		10. Angka Kejadian Luka Tekan (Dekubitus)	10. $\leq 1,5\%$
		11. Angka Kejadian Phlebitis	11. $1\%$
		12. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Kecacatan /Kematian.	12. 100%
		13. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	13. 100%
		14. Terpenuhinya Kebutuhan Perawatan Diri	14. 100%
		15. Kematian Pasien $> 48$ Jam	15. $0,25\%$
		16. Kejadian Pulang Paksa	16. $\leq 5\%$
		17. <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	17. 60-80%
		18. <i>Average Length of Stay</i> (AVLOS)	18. 6 Hari
		19. <i>Bed Turn Over</i> (BTO)	19. 40-50 Kali/ Tahun
		20. <i>Turn Over Interval</i> (TOI)	20. 1 - 3 Hari
		21. Persentase Pasien Rawat Inap yang dirujuk	21. $\leq 1\%$
		22. Kepuasan Pelanggan Pada Pelayanan Rawat Inap	22. $\geq 90\%$
		23. Presentase Pasien yang Memperoleh Informasi Pre-Operatif	23. 100%
		24. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang ditangani Dengan DOTS	24. 100%
		25. Kegiatan Penegakan Diagnosis Tuberkulosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis	25. $\geq 60\%$
		26. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberkulosis Rawat Inap di Rumah Sakit	26. $\geq 60\%$
		27. Jumlah Pasien Miskin yang dirawat	27. 100%
4.	Pelayanan Bedah Sentral	1. Waktu Tunggu Operasi Elektif	1. $\leq 2$ Hari
		2. Penundaan Operasi Elektif	2. $< 5\%$

No.	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal	
		Indikator	Standar
1	2	3	4
		3. Kejadian Kematian di Meja Operasi	3. $\leq 1\%$
		4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi	4. 100%
		5. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang	5. 100%
		6. Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Dalam Operasi	6. 100%
		7. Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi	7. 100%
		8. Komplikasi Anestesi Karena <i>Overdosis</i> , Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan <i>Endotracheal Tube</i>	8. $\leq 6\%$
5.	Pelayanan Persalinan dan Perinatalogi	1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan	1. a. Perdarahan $\leq 1\%$ b. Pre-eklampsia $\leq 30\%$ c. Sepsis $\leq 0,2\%$ d. Partus Lama $\leq 20\%$
		2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal a. Dokter Sp.OG b. Dokter umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan	2. 100%
		3. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Penyulit : Dokter Sp.OG	3. Tersedia
		4. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp.An	4. 100%
		5. Kemampuan Menangani BBLR 1500-2500 Gram	5. 100%
		6. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Sesarea	6. $\leq 20\%$
		7. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi $\leq 30$ menit	7. $\geq 80\%$
		8. Keluarga Berencana (KB) a. Persentase pelayanan Keluarga Berencana (KB) yang Berkualitas dan Berkelanjutan b. Persentase Peserta Keluarga Berencana (KB) Mantap yang Mendapat Konseling KB Mantap oleh Bidan Terlatih	8. a. 100% b. 100%
		9. Kepuasan Pelanggan	2. $\geq 80\%$
6.	Pelayanan Intensif	1. Rata-Rata Pasien Kembali Ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama $< 72$ Jam	1. $\leq 3\%$
		2. Pemberi Pelayanan Instalasi Intensif a. Dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani; b. Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU atau setara (D4)	2. a. 100% b. 100%

No.	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal			
		Indikator	Standar		
1	2	3	4		
		3. Angka Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)	3. < 5,8‰		
		4. Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)	4. < 4,7‰		
		5. Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi	5. 2%		
		6. Angka Kejadian Hospital Acquired Pneumonia (HAP)	6. < 1‰		
		7. Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah (IAD)	7. 3,5‰		
		8. Angka Kejadian Luka Tekan (Dekubitus)	8. ≤ 1,5%		
		9. Angka Kejadian Phlebitis	9. 1‰		
		10. Bed Occupancy Rate (BOR)	10. 60-80%		
		11. Average Length of Stay (AVLOS)	11. 6 Hari		
		12. Bed Turn Over (BTO)	12. 40-50 Kali/ Tahun		
		13. Turn Over Interval (TOI)	13. 1 - 3 Hari		
		7.	Pelayanan Radiologi	1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto	1. ≤ 3 jam
				2. Pelaksanaan Ekspertise Hasil Pemeriksaan Laboratorium	2. Dokter Sp.Rad.
3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen	3. ≤ 2%				
4. Kepuasan Pelanggan	4. ≥ 80%				
8.	Pelayanan Laboratorium	1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium	1. ≤ 140 Menit		
		2. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium < 30 menit	2. 100%		
		3. Pelaksana Ekspertise Hasil Pelayanan Laboratorium	3. Dokter Sp.PK		
		4. Peralatan Laboratorium yang Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai dengan Ketentuan Kalibrasi	4. 100%		
		5. Kepuasan Pelanggan	5. ≥ 80%		
9.	Pelayanan Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan	1. ≤ 50%		
		2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	2. 100%		
		3. Kepuasan Pelanggan	3. ≥ 80%		
10.	Pelayanan Hemodialisa	1. Pencapaian Hemodialisa Adekuat Minimal 60% (Enam Puluh Persen)	1. 80%		
		2. Waktu Tunggu Pasien di Instalasi Hemodialisa	2. < 6 Jam		
		3. Kecepatan Menangani Komplikasi Tindakan Hemodialisa	3. 80%		
		4. Kepuasan Pelanggan	4. ≥ 80%		
11.	Pelayanan Farmasi	1. Waktu Tunggu Pelayanan: a. Obat Jadi b. Obat Racikan	1. a. ≤ 30 Menit b. ≤ 60 Menit		
		2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat	2. 100%		
		3. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	3. ≥ 80%		
		3. Kepuasan Pelanggan	4. ≥ 80%		
		4. Kesesuaian Penulisan Resep	5. 100%		

No.	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal	
		Indikator	Standar
1	2	3	4
12.	Pelayanan Gizi	1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Pada Pasien	1. $\geq 90\%$
		2. Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien	2. $\leq 20\%$
		3. Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Diet	3. 100%
		4. Jumlah Konsultasi Gizi Rawat Jalan yang Terlayani	4. $\geq 90\%$
		5. Jumlah Konsultasi Gizi Rawat Inap yang Terlayani	5. $\geq 90\%$
13.	Pelayanan Tranfusi Darah	1. Kebutuhan Darah Bagi Setiap Pelayanan	1. 100%
		2. Kejadian Reaksi Tranfusi	2. $\leq 0,01\%$
14.	Pelayanan Gakin	Pelayanan Terhadap Pasien Gakin yang Datang Ke Rumah Sakit Pada Setiap Unit Pelayanan	100%
15.	Pelayanan Rekam Medis	1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan	1. 100%
		2. Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas	2. 100%
		3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Jalan	3. Rerata $\leq 10$ Menit
		4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Inap	4. Rerata $\leq 15$ Menit
16.	Pengelolaan Limbah	1. Baku Mutu Limbah Cair : a. BOD b. COD c. TSS d. Ph	1. a. $\leq 30$ mg/l b. $\leq 80$ mg/l c. $\leq 30$ mg/l d. 6-9
		2. Pengelolaan Limbah Padat Infeksius Sesuai dengan Aturan	2. 100%
17.	Pelayanan Ambulance/ Kereta Jenazah	1. Waktu Pelayanan Ambulance/ Kereta Jenazah	1. 24 Jam
		2. Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/ Kereta Jenazah di Rumah Sakit	2. $\leq 30$ Menit
18.	Pemulasaraan Jenazah	Kecepatan Pelayanan Pemulasaraan Jenazah	$\leq 2$ Jam
19.	Administrasi dan Manajemen	1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan dengan Direksi	1. 100%
		2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	2. 100%
		3. Ketepatan Waktu Usulan Kenaikan Pangkat	3. 100%
		4. Karyawan yang Mendapat Pelatihan Minimal 20 Jam Per-tahun	4. $\geq 60\%$
		5. <i>Cost Recovery</i>	5. $\geq 40\%$
		6. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan	6. 100%
		7. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap	7. $\leq 2$ Jam
		8. Ketepatan Waktu Pemberian Imbalan Sesuai Kesepakatan Waktu	8. 100%
20.	Pelayanan	1. Tidak Adanya Kejadian Linen yang	1. $\geq 95\%$

No.	Jenis Pelayanan	Standar Pelayanan Minimal	
		Indikator	Standar
1	2	3	4
	Laundry	Hilang	
		2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap	2. $\geq 95\%$
21.	Pelayanan <i>Central Sterile Supply Departement</i> (CSSD)	1. Tidak Adanya Kejadian Instrumen, Linen, dan Bahan Lain yang Hilang	1. $\geq 95\%$
		2. Ketepatan Waktu Penyediaan Instrument, Linen, dan Bahan Lain Untuk Ruang Instalasi Bedah Sentral (IBS)	2. $\geq 95\%$
		3. Mutu Sterilisasi Instrument, Linen, dan Bahan Lain	3. 100%
22.	Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat	1. $\leq 80\%$
		2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	2. 100%
		3. Peralatan Laboratorium (dan Alat Ukur yang digunakan dalam Pelayanan) Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Ketentuan Kalibrasi	3. 100%
23.	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	1. Ada Anggota Komite PPI yang Terlatih	1. $\geq 75$ Terlatih
		2. Tersedia APD di Setiap Instalasi	2. $\geq 60\%$
		3. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	3. 100%
		4. Kepatuhan Kebersihan Tangan	4. $\geq 85\%$
		5. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit (Minimal 1 Parameter)	5. $\geq 75\%$
		6. Angka Kejadian <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP)	6. $< 5,8\%$
		7. Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)	7. $< 4,7\%$
		8. Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)	8. 2%
		9. Angka Kejadian <i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP)	9. $< 1\%$
		10. Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah (IAD)	10. 3,5%
		11. Angka Kejadian Phlebitis	11. 1%
24.	Pelayanan <i>Case Manager</i>	1. Kepatuhan Terhadap <i>Clinical Pathway</i>	1. $\geq 80\%$
25.	Humas	1. Kepuasan Pasien dan Keluarga	1. $\geq 76,61\%$
		2. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	2. $> 80\%$

## BAB IV

### URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT

#### A. PELAYANAN GAWAT DARURAT

##### 1. Kemampuan Menangani *Life Saving* di Gawat Darurat

Judul	Kemampuan Menangani <i>Life Saving</i> di Gawat Darurat.
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya Kemampuan Rumah Sakit dalam Memberikan Pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	<i>Life saving</i> adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan <i>airway, breathing, circulation</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode analisa	3 (Tiga) Bulan Sekali
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di gawat darurat
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i> di gawat darurat
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan } \textit{life saving}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan } \textit{life saving}} \times 100\%$
Standar	100 %
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

##### 2. Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat

Judul	Jam Buka Pelayanan Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat 24 jam di setiap rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan Sekali
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah hari dalam satu bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam satu bulan}}{\text{Jumlah hari dalam satu bulan}}$
Standar	24 Jam
Sumber Data	Laporan Bulanan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

##### 3. Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan yang Bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD

Judul	Pemberi Pelayanan Kegawat Daruratan Yang Bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang kegawat daruratan

Definisi Operasional	Tenaga kompeten di gawat darurat adalah tenaga yang telah memiliki sertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisa	Setiap 3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah tenaga bersertifikat ATLS/BTLS/ ACLS/ PPGD
<i>Denominator</i>	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Formula	$\frac{\text{Jumlah tenaga bersertifikat ATLS/BTLS/ ACLS/ PPGD}}{\text{Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan}} \times 100\%$
Standar	100 %
Sumber Data	Data Bidang Pendidikan dan Pelatihan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bidang Pendidikan dan Pelatihan

#### 4. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat ( <i>Emergency Respon Time Rate</i> )
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter $\leq 5$ menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan pasien gawat darurat sampai dilayani dokter pada periode waktu tertentu yang disampling secara acak
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien gawat darurat pada periode waktu tertentu yang disampling secara acak (Minimal N=50)
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan pasien gawat darurat sampai dilayani dokter}}{\text{Jumlah pasien gawat darurat pada periode waktu tertentu}} \times 100\%$
Standar	$\leq 5$ Menit
Sumber Data	Sampling di Instalasi Gawat Darurat
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

#### 5. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Judul	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kepuasan dan Kenyamanan Pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan kepada pelanggan/pasien
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan/pasien terhadap pelayanan yang diberikan gawat darurat
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvei
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei (Minimal N=50)

Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien gawat darurat yang disurvei}}{\text{Jumlah seluruh pasien gawat darurat yang disurvei}} \times 100\%$
Standar	≥ 70%
Sumber Data	Survey di Instalasi Gawat Darurat
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu

## 6. Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana

Judul	<b>Ketersediaan Tim Penanggulangan Bencana</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisa	Tiga Bulan Sekali
<i>Numerator</i>	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
<i>Denominator</i>	Tidak ada
Formula	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Standar	Satu Tim Solid
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat/ Tim Mutu/Panitia Mutu

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

Judul	<b>Kematian Pasien ≤ 24 Jam di Gawat Darurat</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kematian ≤ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang di instalasi gawat darurat
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (Tiga) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode ≤ 24 jam sejak pasien datang di instalasi gawat darurat
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang meninggal dalam periode } \leq 24 \text{ jam sejak pasien datang di instalasi gawat darurat}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang ditangani di gawat darurat}} \times 100\%$
Standar	≤ 2%
Sumber Data	Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## 8. Tidak Adanya Pasien yang diharuskan Membayar Uang Muka

Judul	<b>Tidak Adanya Pasien yang diharuskan Membayar Uang Muka</b>
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
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang datang di gawat darurat}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Survey di Instalasi Gawat Darurat
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## B. PELAYANAN RAWAT JALAN

### 1. Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis

Judul	<b>Pemberi Pelayanan di Klinik Spesialis</b>
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
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Register Rawat Jalan Klinik Spesialis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan</b>
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.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jenis-Jenis Pelayanan Rawat Jalan Spesialistik yang Ada (Kualitatif)
Denominator	Tidak Ada
Formula	Jenis-Jenis Pelayanan Rawat Jalan Spesialistik yang Ada (Kualitatif)
Standar	Minimal Kesehatan Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan dan Kandungan, Bedah

Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 3. Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan

Judul	<b>Buka Pelayanan Sesuai Ketentuan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh dokter spesialis Senin-Kamis 08.00-14.00 Jumat 08.00-11.00 Sabtu 08.00-12.30
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
Formula	$\frac{\text{Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 4. Waktu Tunggu di Rawat Jalan

Judul	<b>Waktu Tunggu di Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya waktu pasien menunggu di pelayanan sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis.</li> <li>b. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran <i>online</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</li> <li>2) Pasien mendaftar <i>online</i>, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran <i>online</i> sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis</li> </ol> </li> </ol>

	3) Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu ≤ 60 menit
Denominator	Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan yang diobservasi}} \times 100\%$
Standar	≥ 80%
Sumber Data	Survei Pasien Rawat Jalan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 5. Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan Indikator	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan Sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan disurvei}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei}} \times 100\%$
Standar	≥ 90%
Sumber Data	Survey di Instalasi Rawat Jalan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan/Tim Mutu/Panitia Mutu

### 6. Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis yang Ditangani Dengan Strategi DOTS

Judul	<b>Pasien Rawat Jalan Tuberkulosis yang Ditangani Dengan Strategi DOTS</b>
Dimensi Mutu	Akses dan Efisiensi
Tujuan Indikator	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 (lima) strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberkulosis nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 (Tiga) Bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS dalam periode waktu tertentu

<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam periode waktu tertentu
Formula	$\frac{\text{Jumlah semua pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 7. Penegakan Diagnosis Tuberkulosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis Tuberkulosis

Judul	<b>Penegakan Diagnosis Tuberkulosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis Tuberkulosis</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (Tiga) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah penegakan diagnosis tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis di rawat jalan dalam 3 (tiga) bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah penegakan diagnosis tuberkulosis di rawat jalan dalam 3 (tiga) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah penegakan diagnosis tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis}}{\text{Jumlah penegakan diagnosis tuberkulosis}} \times 100\%$
Standar	100 %
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan, Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### 8. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberkulosis Rawat Jalan di Rumah Sakit

Judul	<b>Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberkulosis Rawat Jalan di Rumah Sakit</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan tuberkulosis rawat jalan di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien tuberkulosis yang berobat rawat jalan ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (Tiga) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah seluruh pasien tuberkulosis rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
<i>Denominator</i>	Seluruh kasus tuberkulosis rawat jalan di rumah sakit
Formula	$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien tuberkulosis rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan}}{\text{Seluruh kasus tuberkulosis rawat jalan di rumah sakit}} \times 100\%$
Standar	100 %

Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan, Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Jalan

### C. PELAYANAN RAWAT INAP

#### 1. Pemberi Pelayanan di Rawat Inap

Judul	<b>Pemberi Pelayanan di Rawat Inap</b>
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 DIII)
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 6 (Enam) Bulan
Periode Analisa	Tiap 6 (Enam) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Formula	$\frac{\text{Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan}}{\text{Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Kepegawaian
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

#### 2. Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap

Judul	<b>Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis dan Kesiambungan Pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesiambungan pelayanan.
Definisi Operasional	Penanggungjawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien dalam 1 (satu) bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

#### 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap Sesuai Kelas C

Judul	<b>Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap Sesuai Kelas C</b>
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.

Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 (Tiga) Bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
<i>Denominator</i>	Tidak Ada
Formula	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan kandungan, bedah
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

#### 4. Jam *Visite* Dokter Spesialis

Judul	<b>Jam <i>Visite</i> Dokter Spesialis</b>
Dimensi Mutu	Akses, Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	<i>Visite</i> dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah <i>visite</i> dokter spesialis antar jam 08.00 sampai dengan jam 14.00 yang disurvei
<i>Denominator</i>	Jumlah pelaksanaan <i>visite</i> dokter spesialis yang disurvei
Formula	$\frac{\text{Jumlah } \textit{visite} \text{ dokter spesialis antar jam 08.00 sampai dengan jam 14.00 yang disurvei}}{\text{Jumlah pelaksanaan } \textit{visite} \text{ dokter spesialis yang disurvei}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Survei di Instalasi Rawat Inap
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Tim Mutu

#### 5. Kepatuhan Waktu *Visite* Dokter Spesialis/ Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)

Judul	<b>Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter Spesialis/ Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)</b>
Dimensi Mutu	Berorientasi Kepada Pasien
Tujuan	a. Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan. b. Waktu yang ditetapkan untuk <i>visite</i> adalah pukul 08.00 - 14.00.
Definisi Operasional	Waktu <i>visite</i> dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> dokter pada pukul 08.00 - 14.00
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang diobservasi

Formula	$\frac{\text{jumlah pasien yang di - visite dokter pada pukul 08.00 - 14.00}}{\text{jumlah pasien yang diobservasi}} \times 100\%$
Standar	≥ 80%
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat inap

## 6. Kepatuhan Identifikasi Pasien

Judul	<b>Kepatuhan Identifikasi Pasien</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan
Definisi Operasional	<p>a. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan;</p> <p>b. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit;</p> <p>c. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan);</p> <p>d. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pemberian Pengobatan Pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi</li> <li>2) Prosedur Tindakan Tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang di tetapkan rumah sakit</li> <li>3) Prosedur Diagnostik Pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain.</li> <li>4) Kondisi Tertentu Pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar.</li> </ol> <p>e. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi
Denominator	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
Formula	$\frac{\text{jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi}}{\text{jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bidang Pelayanan Medik

### 7. Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Judul	Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)
Dimensi Mutu	Keselamatan, Kenyamanan
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi saluran kemih (ISK)
Definisi Operasional	Infeksi Saluran Kemih (ISK) merupakan jenis infeksi yang terjadi pada saluran kemih murni (uretra dan permukaan kandung kemih) atau melibatkan bagian yang lebih dalam dari organ-organ pendukung saluran kemih (ginjal, ureter, kandung kemih, uretra, dan jaringan sekitar retroperitoneal atau rongga perinefrik) karena penggunaan kateter urine > 48 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap Bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi kateter
Denominator	Jumlah hari terpasangnya kateter urine
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang mengalami infeksi kateter}}{\text{Jumlah hari terpasangnya kateter urine}} \times 1000$
Standar	$\leq 4,7\%$
Sumber Data	Survei, Rekam Medik, Instalasi Rawat Inap
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Ruang Rawat Inap/ Kepala Instalasi/Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu/Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

### 8. Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Judul	Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)
Dimensi Mutu	Keselamatan, Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih dan sesuai standar
Definisi Operasional	<p>Infeksi Daerah Operasi adalah Infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 sampai 90 hari pasca tindakan operasi.</p> <p>Kriteria terjadinya Infeksi Daerah Operasi (IDO), yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas <i>fascia</i> (jaringan penghubung);</li> <li>Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik;</li> <li>Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda-tanda infeksi berikut ini yaitu rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan/bengkak (tumor), keluarnya nanah (pus), demam dengan suhu <math>38^{\circ}\text{C}</math>;</li> <li>Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi</li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap Bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi daerah operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang mengalami infeksi daerah operasi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	2%
Sumber Data	Survei, Rekam Medik, Instalasi Rawat Inap

Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu
---------------------------------	--

### 9. Angka Kejadian *Hospital Acquired Pneumonia* (HAP)

Judul	<b>Angka Kejadian <i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP)</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi saluran napas (ISN)
Definisi Operasional	<p><i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP) adalah infeksi akut pada parenkim paru setelah pasien dirawat di rumah sakit &gt; 48 jam tanpa dilakukan intubasi dan sebelumnya tidak menderita infeksi saluran nafas bawah.</p> <p>Kriteria terjadinya <i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP), yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis yaitu demam (<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>) tanpa ditemui penyebab lainnya;</li> <li><i>Leukopenia</i> (<math>&lt; 4.000</math> WBC/mm<sup>3</sup>) atau <i>Leukositosis</i> (<math>\geq 12.000</math> SDP/mm<sup>3</sup>);</li> <li>Untuk penderita berumur <math>\geq 70</math> tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya dan Minimal disertai 2 dari tanda berikut: <ol style="list-style-type: none"> <li>Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum,</li> <li>Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau <i>dyspnea</i> (sesak napas) atau <i>tachypnea</i> (napas frekuen),</li> <li>Rhonci basah atau suara napas bronchial.</li> <li>Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi O<sub>2</sub> (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> <math>\leq 240</math>), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.</li> </ol> </li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap Bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena HAP dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah hari tirah baring
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang terkena HAP dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah hari tirah baring}} \times 1000$
Standar	$\leq 1\%$
Sumber Data	Survei, Rekam Medik, Instalasi Rawat Inap
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu/Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

### 10. Angka Kejadian Luka Tekan (Dekubitus)

Judul	<b>Angka Kejadian Luka Tekan (Dekubitus)</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kejadian dekubitus adalah terjadinya dekubitus pada pasien selama mendapatkan perawatan di Rawat Inap Rumah Sakit. Dekubitus merupakan gangguan integritas kulit yang terjadi akibat tekanan, gesekan, dan atau keduanya di daerah kulit atau jaringan dibawahnya yang terjadi di rumah sakit
Frekuensi	Tiap Bulan

Pengumpulan Data	
Periode Analisa	Tiap Bulan
Numerator	Jumlah kejadian baru luka tekan yang didapatkan selama perawatan
Denominator	Jumlah hari tirah baring
Formula	$\frac{\text{Jumlah kejadian baru luka tekan yang didapatkan selama perawatan}}{\text{Jumlah hari tirah baring}} \times 1000$
Standar	≤ 1,5‰
Sumber Data	Survei, Rekam Medik, Instalasi Rawat Inap
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

### 11. Angka Kejadian Phlebitis

Judul	<b>Angka Kejadian Phlebitis</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kejadian phlebitis adalah terjadinya peradangan/ inflamasi berupa nyeri, rasa tidak enak, panas, pembengkakan lokal, dan kemerahan pada atau sekitar insersi (tusukan) jarum infus pada vena akibat iritasi kimia/ mekanik akibat pemasangan infus yang terjadi di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap Bulan
Numerator	Jumlah kejadian phlebitis pada periode tertentu
Denominator	Jumlah hari pemasangan infus perifer
Formula	$\frac{\text{Jumlah kejadian phlebitis pada periode tertentu}}{\text{Jumlah hari pemasangan infus perifer}} \times 1000$
Standar	1‰
Sumber Data	Survei, Rekam Medik, Instalasi Rawat Inap
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Panitia Mutu

### 12. Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/ Kematian

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian</b>
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 Analisa	Tiap 3 (Tiga) 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
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut} - \text{jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian}}{\text{Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap, Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 13. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Judul	<b>Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan dalam menjalankan upaya pencegahan jatuh agar terselenggara pelayanan keperawatan yang aman dan mencapai pemenuhan sasaran keselamatan pasien.
Definisi Operasional	Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi: a. <i>Assesment</i> awal risiko jatuh; b. <i>Assesment</i> ulang risiko jatuh; dan c. Intervensi pencegahan risiko jatuh Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang disurvei
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang disurvei}} \times 100\%$
<i>Standar</i>	100%
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Ruangan, Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

### 14. Terpenuhinya Kebutuhan Perawatan Diri

Judul	<b>Terpenuhinya Kebutuhan Perawatan Diri</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi, Efektifitas, Keselamatan Pasien
Tujuan	a. Terpenuhinya kebutuhan perawatan diri pada pasien dengan tingkat ketergantungan parsial dan total b. Meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga terhadap pelayanan keperawatan c. Mengurangi risiko infeksi
Definisi Operasional	Terpenuhinya kebutuhan diri adalah terpenuhinya kebutuhan perawatan diri seperti <i>personal hygiene</i> , pakaian, makan, dan eliminasi pada pasien dengan tingkat ketergantungan parsial dan total.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang terpenuhi kebutuhan perawatan diri
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang dirawat dengan tingkat ketergantungan total dan parsial
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang terpenuhi kebutuhan perawatan diri}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat dengan tingkat ketergantungan total dan parsial}} \times 100\%$
<i>Standar</i>	100%
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Ruangan, Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

### 15. Kematian Pasien > 48 Jam

Judul	Kematian Pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas
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	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	$\leq 0,25\%$ (NDR $\leq 25/1000$ )
Sumber Data	Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Komite Medik/Panitia Mutu

### 16. Kejadian Pulang Paksa

Judul	Kejadian Pulang Paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah kejadian pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah kejadian pasien pulang paksa dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan}} \times 100\%$
Standar	< 5%
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Medik/Panitia Mutu

### 17. Bed Occupancy Rate (BOR)

Judul	Bed Occupancy Rate (BOR)
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Mendapatkan gambaran pemanfaatan tempat tidur rumah sakit oleh pasien rawat inap
Definisi Operasional	Bed Occupancy Rate adalah pemanfaatan tempat tidur dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah hari perawatan pasien pada periode waktu tertentu
Denominator	Jumlah tempat tidur yang tersedia pada rawat inap kali jumlah hari dalam periode waktu tertentu
Formula	$\frac{\text{Jumlah hari perawatan pasien pada periode waktu tertentu}}{(\text{Jumlah tempat tidur yang tersedia pada rawat inap} \times \text{Jumlah hari dalam periode waktu tertentu})} \times 100\%$

Standar	60-80%
Sumber Data	Instalasi Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 18. *Average Length of Stay (AVLOS)*

Judul	<i>Average Length of Stay (AVLOS)</i>
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Untuk mengetahui rerata jumlah hari pasien dirawat di rumah sakit
Definisi Operasional	<i>Average Length Of Stay</i> adalah angka yang menunjukkan rerata lamanya pasien dirawat di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah hari perawatan pasien keluar (hidup dan mati) rawat inap
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien keluar (hidup dan mati) rawat inap
Formula	$\frac{\text{Jumlah hari perawatan pasien keluar (hidup dan mati) rawat inap}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup dan mati) rawat inap}}$
Standar	6 (Enam) hari
Sumber Data	Instalasi Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 19. *Bed Turn Over (BTO)*

Judul	<i>Bed Turn Over (BTO)</i>
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Untuk memberikan gambaran berapa kali dalam satu periode waktu tertentu rata-rata satu tempat tidur ditempati oleh pasien pada periode waktu tertentu
Definisi Operasional	<i>Bed Turn Over</i> adalah frekuensi penggunaan tempat tidur oleh pasien rawat inap pada periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien keluar (hidup dan mati) dalam periode waktu tertentu
<i>Denominator</i>	Jumlah tempat tidur di bangsal rawat inap dalam periode waktu tertentu
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup dan mati) dalam periode waktu tertentu}}{\text{Jumlah tempat tidur di bangsal rawat inap dalam periode waktu tertentu}}$
Standar	40-50 Kali dalam Satu Tahun
Sumber Data	Instalasi Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 20. *Turn Over Interval (TOI)*

Judul	<i>Turn Over Interval (TOI)</i>
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Untuk mengetahui rerata tempat tidur yang tidak ditempati pasien dari saat terisi pasien ke saat terisi pasien berikutnya

Definisi Operasional	<i>Turn Over Interval</i> adalah angka yang menunjukkan rerata tempat tidur yang tidak ditempati pasien dari saat terisi pasien ke saat terisi pasien berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah tempat tidur kali hari dalam periode waktu tertentu dikurangi hari perawatan pasien keluar (hidup dan mati) rawat inap
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien keluar (hidup dan mati) rawat inap
Formula	$\frac{(\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{hari dalam periode waktu tertentu}) - \text{dikurangi hari perawatan pasien keluar (hidup dan mati) rawat inap}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup dan mati) rawat inap}}$
Standar	1-3 hari
Sumber Data	Instalasi Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 21. Persentase Pasien Rawat Inap yang dirujuk

Judul	<b>Persentase Pasien Rawat Inap yang dirujuk</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi Tehnis, Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	Untuk mengetahui kesiapan pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Persentase pasien rawat inap yang di rujuk ke rumah sakit lain
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien rawat inap yang di rujuk pada periode waktu tertentu
<i>Denominator</i>	Total pasien rawat inap pada periode waktu tertentu
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang di rujuk pada periode waktu tertentu}}{\text{Total pasien rawat inap pada periode waktu tertentu}} \times 100\%$
Standar	< 1%
Sumber Data	Instalasi Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 22. Kepuasan Pelanggan Pelayanan Rawat Inap

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan Pelayanan Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan rawat inap rumah sakit
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan pasien atau keluarga pasien terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien yang disurvei (n minimal = 50)
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang disurvei}} \times 100\%$
Standar	≥ 90 %
Sumber Data	Suvei di Instalasi Rawat Inap
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

### 23. Persentase Pasien yang Memperoleh Informasi Pre-Operatif

Judul	Persentase Pasien yang Memperoleh Informasi Pre-Operatif
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Untuk mengetahui kewajiban dokter dalam memberikan penjelasan pada pasien yang akan dilakukan operasi
Definisi Operasional	Persentase pasien yg memperoleh informasi pre-operatif
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	1 (Satu) Bulan
Numerator	Jumlah pasien yang menerima informasi pre-operatif
Denominator	Jumlah pasien yang dijadwalkan untuk mendapatkan tindakan operatif
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang menerima informasi pre - operatif}}{\text{Jumlah pasien yang dijadwalkan untuk mendapatkan tindakan operatif}} \times 100\%$
Standar	100 %
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap dan Instalasi Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 24. Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang ditangani dengan Strategi DOTS

Judul	Pasien Rawat Inap Tuberkulosis yang ditangani dengan Strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses dan Efisiensi
Tujuan Indikator	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan <i>follow up</i> pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberkulosis nasional, dan semua pasien tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara <i>kohort</i> sesuai dengan penanggulangan esaturase s nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap 3 (Tiga) Bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS dalam periode waktu tertentu
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu periode waktu tertentu
Formula	$\frac{\text{Jumlah semua pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani di rumah sakit}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

### 25. Penegakan Diagnosis Tuberkulosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis Tuberkulosis

Judul	Penegakan Diagnosis Tuberkulosis Melalui Pemeriksaan Mikroskopis Tuberkulosis
Dimensi Mutu	Efektifitas, Keselamatan

Tujuan	Terlaksananya diagnosis tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis
Definisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (Tiga) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah penegakan diagnosis tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis di rawat inap dalam 3 bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah penegakan diagnosis tuberkulosis s di rawat inap dalam 3 bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah penegakan diagnosis tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis}}{\text{Jumlah penegakan diagnosis tuberkulosis di rawat inap}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap, Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

## 26. Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberkulosis Rawat Inap di Rumah Sakit

Judul	Terlaksananya Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Tuberkulosis Rawat Inap di Rumah Sakit
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan tuberkulosis rawat inap di rumah sakit
Definisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien tuberkulosis yang berobat rawat inap ke rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (Tiga) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah seluruh pasien tuberkulosis rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
<i>Denominator</i>	Seluruh kasus tuberkulosis rawat inap di rumah sakit
Formula	$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien tuberkulosis rawat inap yang dicatat dan dilaporkan}}{\text{Seluruh kasus tuberkulosis rawat inap di rumah sakit}} \times 100\%$
Standar	100 %
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap, Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

## 27. Jumlah Pasien Miskin yang dirawat

Judul	Jumlah Pasien Miskin yang dirawat
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Untuk mengetahui presentase pasien miskin yang terlayani.
Definisi Operasional	Jumlah pasien miskin yang dirawat adalah jumlah pasien miskin yang mendapatkan perawatan di bangsal.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien miskin yang dirawat
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien miskin yang seharusnya dirawat
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien miskin yang dirawat}}{\text{Jumlah pasien miskin yang seharusnya dirawat}} \times 100\%$
Standar	100%

Sumber Data	Instalasi Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap

#### D. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

##### 1. Waktu Tunggu Operasi Elektif

Judul	<b>Waktu Tunggu Operasi Elektif</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut
Formula	$\frac{\text{jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut}} \times 100\%$
Standar	≤ 2 hari
Sumber Data	Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

##### 2. Penundaan Operasi Elektif

Judul	<b>Penundaan Operasi Elektif</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi
Definisi Operasional	a. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. b. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 (satu) jam
Denominator	Jumlah pasien operasi elektif
Formula	$\frac{\text{jumlah pasien yang waktu jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\%$
Standar	≤ 5%
Sumber Data	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral

##### 3. Kejadian Kematian di Meja Operasi

Judul	<b>Kejadian Kematian di Meja Operasi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan, Efektifitas

Tujuan	Tergambarnya 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 Analisa	Tiap Bulan dan <i>Sentinel Event</i>
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang meninggal di meja operasi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	≤ 1%
Sumber Data	Rekam Medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

#### 4. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Sisi</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian, ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi pada sisi kiri atau sebaliknya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan dan <i>Sentinel Event</i>
Periode Analisa	1 (Satu) Bulan dan <i>Sentinel Event</i>
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan} - \text{jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Rekam Medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

#### 5. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian, ketelitian Instalasi Bedah Sentral (IBS) 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 Analisa	1 (Satu) Bulan dan <i>Sentinel Event</i>
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah orang dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan

Standar	100%
Sumber Data	Rekam Medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

#### 6. Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Tindakan pada Operasi

Judul	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Tindakan pada Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah tindakan adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan dan <i>Sentinel Event</i>
Periode Analisa	1 (Satu) Bulan dan <i>Sentinel Event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Standar	100%
Sumber Data	Rekam Medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

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

Judul	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing pada Tubuh Pasien Setelah Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi
Definisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi, dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan dan <i>Sentinel Event</i>
Periode Analisa	1 (Satu) Bulan dan <i>Sentinel Event</i>
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang dioperasi} - \text{Jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi}}{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Rekam Medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medis

## 8. Komplikasi Anestesi Karena *Overdosis*, Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan *Endotracheal Tube*

Judul	Komplikasi Anestesi Karena <i>Overdosis</i> , Reaksi Anestesi dan Salah Penempatan <i>Endotracheal Tube</i>
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anestesi dan <i>monitoring</i> pasien selama proses pembedahan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena <i>overdosis</i> , reaksi anestesi, dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan dan <i>Sentinel Event</i>
Periode Analisa	1 (Satu) Bulan dan <i>Sentinel Event</i>
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang dioperasi dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	≤ 6%
Sumber Data	Rekam medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi bedah sentral/komite medis

## E. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

### 1. Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan

Judul	Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinaan
Definisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre-eklampsia, eklampsia, partus lama dan sepsis.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pendarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas.</li> <li>Pre-eklampsia dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester ke dua, pre-klampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda yaitu: <ol style="list-style-type: none"> <li>Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan esaturas &gt; 110 mmHg</li> <li>Potein urea &gt; 5 gr/24 jam pada pemeriksaan kualitatif</li> <li>Oedema tungkai</li> </ol> Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran. </li> <li>Sepsis adalah tanda-tanda yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan nifas, dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</li> <li>Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primigravida, dan lebih dari 18 jam pada multigravida/ merupakan fase terakhir dari suatu partus yang macet dan berlangsung terlalu lama sehingga timbul komplikasi pada ibu dan atau janin</li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisis	Tiap 3 (Tiga) Bulan

Numerator	Jumlah kematian pasien karena perdarahan, pre-eklampsia/ eklampsia, sepsis, dan partus lama (masing-masing penyebab)
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/ eklampsia, sepsis, dan partus lama.
Formula	$\frac{\text{Jumlah kematian pasien karena perdarahan}}{\text{Jumlah pasien - pasien persalinan dengan perdarahan}} \times 100\%$ $\frac{\text{Jumlah kematian pasien karena pre - eklampsia/eklampsia}}{\text{Jumlah pasien - pasien persalinan dengan pre - eklampsia/eklampsia}} \times 100\%$ $\frac{\text{Jumlah kematian pasien karena sepsis}}{\text{Jumlah pasien - pasien persalinan dengan sepsis}} \times 100\%$ $\frac{\text{Jumlah kematian pasien karena partus lama}}{\text{Jumlah pasien - pasien persalinan dengan partus lama}} \times 100\%$
Standar	a. Perdarahan $\leq 1\%$ , b. pre-eklampsi/ esaturas $\leq 30\%$ , c. Sepsis $0,2\%$ d. Partus lama $\leq 20\%$
Sumber Data	Rekam Medis Rumah Sakit
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Medik

## 2. Pemberi Pelayanan Persalinan Normal

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Persalinan Normal</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga kompeten
Definisi Operasional	Pemberian pelayanan persalinan normal oleh dokter 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 memberikan pertolongan persalinan normal
Formula	$\frac{\text{Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih, dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal}}{\text{Jumlah seluruh tenaga yang memberikan pertolongan persalinan normal}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Kepegawaian
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Mutu

## 3. Pemberi Pelayan Persalinan dengan Penyulit

Judul	<b>Pemberi Pelayan Persalinan dengan Penyulit</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, bidan, dan perawat yang terlatih Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin yang diperkirakan kurang dari 2500 gram, kelainan panggul, perdarahan antepartum, pre-eklampsia an esaturas berat, tali pusat menubung

Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisis	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Tesedianya dokter Sp. OG, dokter umum, bidan, dan perawat terlatih
Denominator	Tidak ada
Formula	Tesedianya dokter Sp. OG, dokter umum, bidan, dan perawat terlatih
Standar	Tersedia
Sumber Data	Kepegawaian dan Rekam Medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Mutu

#### 4. Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi

Judul	Pemberi Pelayanan Persalinan dengan Tindakan Operasi
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisis	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan dengan tindakan operasi
Denominator	Jumlah seluruh dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Formula	$\frac{\text{Jumlah dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan dengan tindakan operasi}}{\text{Jumlah seluruh dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi}} \times 100\%$
Standar	Kepegawaian
Sumber Data	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Mutu

#### 5. Kemampuan Menangani BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) 1500 – 2500 Gram

Judul	Kemampuan menangani BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) 1500 – 2500 Gram
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah)
Definisi Operasional	BBLR (Berat Bayi Lahir Rendah) adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 – 2500 gram
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisis	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 – 2500 gram yang berhasil ditangani
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 – 2500 gram yang ditangani
Formula	$\frac{\text{Jumlah BBLR 1500 – 2500 gram yang berhasil ditangani}}{\text{Jumlah seluruh BBLR 1500 – 2500 gram yang ditangani}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Rekam Medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Medik/ Komite Mutu

## 6. Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Sesarea

Judul	Pertolongan Persalinan Melalui Seksio Sesarea
Dimensi Mutu	Efektifitas, Keselamatan dan Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien
Definisi Operasional	Seksio sesarea adalah pertolongan persalinan melalui pembedahan abdominal baik efektif maupun emergensi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisis	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio sesarea dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah persalinan dengan seksio sesarea dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	≤ 20%
Sumber Data	Rekam Medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Mutu

## 7. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi ≤ 30 Menit

Judul	Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi ≤ 30 Menit
Dimensi Mutu	Tepat Waktu, Efektifitas, Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan Ibu dan Bayi
Definisi Operasional	<p>a. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit.</p> <p>b. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya.</p> <p>c. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin.</p> <p>d. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisis	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi ≤ 30 menit
Denominator	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi ≤ 30 menit}}{\text{Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I}} \times 100\%$
Standar	≥ 80%
Sumber Data	Data Sekunder dari Rekam Medik, Laporan Operasi
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

## 8. Keluarga Berencana (KB)

### a. Persentase Pelayanan Keluarga Berencana (KB) Mantap yang Berkualitas dan Berkelanjutan

Judul	Persentase Pelayanan Keluarga Berencana (KB) Mantap yang Berkualitas dan Berkelanjutan
Dimensi Mutu	Mutu Kestinambungan Pelayanan
Tujuan	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
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 (Satu) Bulan
Periode Analisis	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah Pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah Peserta KB
Formula	$\frac{\text{Jumlah Pelayanan KB mantap}}{\text{Jumlah Peserta KB}} \times 100\%$
Sumber Data	Rekam Medik dan Laporan KB Rumah Sakit
Standar	100%
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Pelayanan Medik

### b. Persentase Peserta Keluarga Berencana (KB) Mantap yang Mendapat Konseling KB Mantap oleh Bidan Terlatih

Judul	Persentase Peserta Keluarga Berencana (KB) Mantap yang Mendapat Konseling KB Mantap oleh Bidan Terlatih
Dimensi Mutu	Mutu dan Kestinambungan Pelayanan
Tujuan	Ketersediaan kontrasepsi mantap
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 (Satu) Bulan
Periode Analisis	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah konseling pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Formula	$\frac{\text{Jumlah konseling pelayanan KB mantap}}{\text{Jumlah Peserta KB}} \times 100\%$
Sumber Data	100%
Standar	Laporan Unit Layanan KB (Keluarga Berencana)
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Pelayanan Medik

## 9. 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 di survei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang di survei (n minimal 50)
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survei}}{\text{Jumlah total pasien yang di survei}} \times 100\%$
Sumber Data	≥ 80%
Standar	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Komite Mutu/ Tim Mutu

## F. PELAYANAN INTENSIF

### 1. Rata-Rata Pasien yang Kembali Ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama < 72 Jam

Judul	<b>Rata-Rata Pasien yang Kembali Ke Perawatan Intensif dengan Kasus yang Sama &lt; 72 Jam</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi Operasional	Pasien kembali ke perawatan intensif dari rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 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 jam dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	≤ 3%
Sumber Data	Rekam Medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Medik/ Mutu

### 2. Pemberi Pelayanan Instalasi Intensif

Judul	<b>Pemberi Pelayanan Instalasi Intensif</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif, tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisis	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan dokter sesuai spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikasi mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Formula	$\frac{\text{Jumlah tenaga dokter Sp. An dan dokter sesuai spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, Perawat D3 dengan sertifikasi mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif}}{\text{Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif}} \times 100\%$
Standar	100%

Sumber Data	Kepegawaian
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Medik/Mutu

### 3. Angka Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)

Judul	Angka Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Definisi Operasional	<p>Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik &gt; 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran napas.</p> <p>Kriteria terjadinya Ventilator Associated Pneumonia (VAP) ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Demam (<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>) tanpa ditemui penyebab lainnya.</li> <li>Leukopenia (<math>&lt; 4.000 \text{ WBC}/\text{mm}^3</math>) atau Leukositosis (<math>\geq 12.000 \text{ SDP}/\text{mm}^3</math>).</li> <li>Untuk penderita berumur <math>\geq 70</math> tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.</li> <li>Minimal disertai 2 dari tanda berikut: <ol style="list-style-type: none"> <li>Timbulnya onset baru sputum esatura atau perubahan sifat sputum</li> <li>Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau <i>dyspnea</i> (sesak napas) atau <i>tachypnea</i></li> <li>Ronki basah atau suara napas bronchial.</li> <li>Memburuknya pertukaran gas, misalnya saturasi <math>\text{O}_2</math> (<math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 240</math>), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan.</li> </ol> </li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisis	Tiap Bulan
Numerator	Jumlah kasus infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian Endotracheal Tube (ETT) atau terpasang Ventilator
Formula	$\frac{\text{Jumlah kasus infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)}}{\text{Jumlah lama hari pemakaian Endotracheal Tube (ETT) atau terpasang Ventilator}} \times 1000$
Standar	$< 5,8\%$
Sumber Data	Survei, Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Intensive Care Unit (ICU)/Ketua Komite Mutu/Tim Mutu/Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

### 4. Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Judul	Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)
Dimensi Mutu	Keselamatan, Kenyamanan
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi saluran kemih (ISK)
Definisi Operasional	Infeksi Saluran Kemih (ISK) merupakan jenis infeksi yang terjadi pada saluran kemih murni (uretra dan permukaan kandung kemih) atau melibatkan bagian yang lebih dalam dari organ-organ pendukung saluran kemih (ginjal, ureter, kandung kemih, uretra, dan jaringan sekitar retroperitoneal atau rongga perinefrik) karena penggunaan kateter urine > 48 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap Bulan

Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi kateter
Denominator	Jumlah hari terpasangnya kateter urine
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang mengalami infeksi kateter}}{\text{Jumlah hari terpasangnya kateter urine}} \times 1000$
Standar	$\leq 4,7\%$
Sumber Data	Survei, Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)/Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu/Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

### 5. Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Judul	Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)
Dimensi Mutu	Keselamatan, Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih dan sesuai standar
Definisi Operasional	<p>Infeksi Daerah Operasi adalah Infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 sampai 90 hari pasca tindakan operasi.</p> <p>Kriteria terjadinya Infeksi Daerah Operasi (IDO), yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pus keluar dari luka operasi atau <i>drain</i> yang dipasang diatas <i>fascia</i> (jaringan penghubung);</li> <li>Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik;</li> <li>Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda-tanda infeksi berikut ini yaitu rasa panas (kolor), kemerahan (color), pengerasan/bengkak (tumor), keluarnya nanah (pus), demam dengan suhu <math>38^{\circ}\text{C}</math>;</li> <li>Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi</li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap Bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi daerah operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang mengalami infeksi daerah operasi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	2%
Sumber Data	Survei, Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)/Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu/Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

### 6. Angka Kejadian *Hospital Acquired Pneumonia* (HAP)

Judul	Angka Kejadian <i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP)
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi saluran napas (ISN)
Definisi Operasional	<p><i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP) adalah infeksi akut pada parenkim paru setelah pasien dirawat di rumah sakit &gt; 48 jam tanpa dilakukan intubasi dan sebelumnya tidak menderita infeksi saluran nafas bawah.</p> <p>Kriteria terjadinya <i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP), yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis yaitu demam (<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>) tanpa ditemui penyebab lainnya;</li> </ol>

	<p>b. <i>Leukopenia</i> (&lt;4.000 WBC/mm<sup>3</sup>) atau <i>Leukositosis</i> (≥12.000 SDP/mm<sup>3</sup>);</p> <p>c. Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya dan Minimal disertai 2 dari tanda berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum,</li> <li>2) Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau <i>dyspnea</i> (sesak napas) atau <i>tachypnea</i> (napas frekuen),</li> <li>3) Ronchi basah atau suara napas bronchial.</li> <li>4) Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi O<sub>2</sub> (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤240), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.</li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap Bulan
Numerator	Jumlah pasien intensif yang terkena HAP dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah hari tirah baring
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang terkena HAP dalam 1 bulan}}{\text{jumlah hari tirah baring}} \times 1000$
Standar	≤ 1%
Sumber Data	Survei, Rekam Medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)/ Ketua Komite Medis/Komite Mutu/Tim Mutu/Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

## 7. Kejadian Infeksi Aliran Darah (IAD)

Judul	Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah (IAD)
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Menurunnya angka kejadian Infeksi Aliran Darah (IAD)
Definisi Operasional	<p>Infeksi Aliran Darah (IAD) terkait pemasangan kateter intravaskuler adalah infeksi aliran darah terkait pemasangan <i>Central Venous Catheter</i> (CVC), <i>peripheral catheter</i>, <i>catheter haemodialysis</i>, <i>arterial line</i>, <i>Peripheral Inserted Central Catheter</i> (PICC), <i>Intraaortic balloon pump</i> dengan konfirmasi laboratorium.</p> <p>Kriteria terjadinya Infeksi Aliran Darah (IAD):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ditemukan pathogen dari biakan specimen darah dari kateter intravaskuler dan dari darah perifer tidak berkaitan dengan infeksi di tempat lain</li> <li>b. Pasien dengan minimal 1 (satu) gejala atau tanda tanda sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Demam &gt; 38° C,</li> <li>2) Menggigil atau hipotensi tanpa penyebab lainnya,</li> <li>3) Diperoleh hasil laboratorium hasil yang positif infeksi yang tidak berhubungan dengan infeksi di tempat lain.</li> </ol> </li> <li>c. Dugaan infeksi aliran darah terkait pemasangan kateter intravaskuler pada anak berusia &lt; 1 tahun, memiliki minimal satu dari tanda-tanda berikut: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Demam (suhu tubuh &gt; 38° C per rektal),</li> <li>2) Hipotermia (&lt; 37° C per rektal), <i>apnea</i> atau bradikardia,</li> <li>3) Tidak ditemukan sumber infeksi selain pemasangan kateter vascular,</li> <li>4) Terdapat bakteri pathogen dalam biakan kuman.</li> </ol> </li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap Bulan

Numerator	Jumlah kasus Infeksi Aliran Darah (IAD)
Denominator	Jumlah lama hari terpasangnya kateter intravaskuler
Formula	$\frac{\text{Jumlah kasus Infeksi Aliran Darah (IAD)}}{\text{Jumlah lama hari terpasangnya kateter intravaskuler}} \times 1000$
Standar	3,5‰
Sumber Data	Survei, Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)/Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu/Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

#### 8. Angka Kejadian Luka Tekan (Dekubitus)

Judul	Angka Kejadian Luka Tekan (Dekubitus)
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kejadian dekubitus adalah terjadinya dekubitus pada pasien selama mendapatkan perawatan di Instalasi Intensif Rumah Sakit. Dekubitus merupakan gangguan integritas kulit yang terjadi akibat tekanan, gesekan, dan atau keduanya di daerah kulit atau jaringan dibawahnya yang terjadi di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap Bulan
Numerator	Jumlah kejadian baru luka tekan yang didapatkan selama perawatan
Denominator	Jumlah hari tirah baring
Formula	$\frac{\text{Jumlah kejadian baru luka tekan yang didapatkan selama perawatan}}{\text{Jumlah hari tirah baring}} \times 1000$
Standar	≤ 1,5‰
Sumber Data	Survei, Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)/ Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu/Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

#### 9. Angka Kejadian Phlebitis

Judul	Angka Kejadian Phlebitis
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kejadian phlebitis adalah terjadinya peradangan/ inflamasi berupa nyeri, rasa tidak enak, panas, pembengkakan lokal, dan kemerahan pada atau sekitar insersi (tusukan) jarum infus pada vena akibat iritasi kimia/ mekanik akibat pemasangan infus yang terjadi di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap Bulan
Numerator	Jumlah kejadian phlebitis pada periode tertentu
Denominator	Jumlah hari pemasangan infus perifer
Formula	$\frac{\text{Jumlah kejadian phlebitis pada periode tertentu}}{\text{Jumlah hari pemasangan infus perifer}} \times 1000$
Standar	1‰
Sumber Data	Survei, Rekam Medik, Instalasi Rawat Inap
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)/ Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu/Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

### 10. *Bed Occupancy Rate (BOR)*

Judul	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Mendapatkan gambaran pemanfaatan tempat tidur rumah sakit oleh pasien instalasi intensif
Definisi Operasional	<i>Bed Occupancy Rate</i> adalah pemanfaatan tempat tidur dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah hari perawatan pasien pada periode waktu tertentu
<i>Denominator</i>	Jumlah tempat tidur yang tersedia pada instalasi intensif kali jumlah hari dalam periode waktu tertentu
Formula	$\frac{\text{jumlah hari perawatan pasien pada periode waktu tertentu}}{(\text{jumlah tempat tidur yang tersedia pada rawat inap} \times \text{jumlah hari dalam periode waktu tertentu})} \times 100\%$
Standar	60-80%
Sumber Data	Instalasi Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi <i>Intensive Care Unit (ICU)</i>

### 11. *Average Length of Stay (AVLOS)*

Judul	<i>Average Length of Stay (AVLOS)</i>
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Untuk mengetahui rerata jumlah hari pasien dirawat di rumah sakit
Definisi Operasional	<i>Average Length Of Stay</i> adalah angka yang menunjukkan rerata lamanya pasien dirawat di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah hari perawatan pasien keluar (hidup dan mati) rawat inap
<i>Denominator</i>	Jumlah pasien keluar (hidup dan mati) rawat inap
Formula	$\frac{\text{jumlah hari perawatan pasien keluar (hidup dan mati) rawat inap}}{\text{jumlah pasien keluar (hidup dan mati) rawat inap}}$
Standar	6 (Enam) hari
Sumber Data	Instalasi Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi <i>Intensive Care Unit (ICU)</i>

### 12. *Bed Turn Over (BTO)*

Judul	<i>Bed Turn Over (BTO)</i>
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Untuk memberikan gambaran berapa kali dalam satu periode waktu tertentu rata-rata satu tempat tidur ditempati oleh pasien pada periode waktu tertentu
Definisi Operasional	<i>Bed Turn Over</i> adalah frekuensi penggunaan tempat tidur oleh pasien rawat inap pada periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien keluar (hidup dan mati) dalam periode waktu tertentu
<i>Denominator</i>	Jumlah tempat tidur di bangsal rawat inap dalam periode waktu tertentu

Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup dan mati) dalam periode waktu tertentu}}{\text{Jumlah tempat tidur di bangsal rawat inap dalam periode waktu tertentu}}$
Standar	40-50 Kali dalam Satu Tahun
Sumber Data	Instalasi Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)

### 13. Turn Over Interval (TOI)

Judul	<b>Turn Over Interval (TOI)</b>
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Untuk mengetahui rerata tempat tidur yang tidak ditempati pasien dari saat terisi pasien ke saat terisi pasien berikutnya
Definisi Operasional	<i>Turn Over Interval</i> adalah angka yang menunjukkan rerata tempat tidur yang tidak ditempati pasien dari saat terisi pasien ke saat terisi pasien berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah tempat tidur kali hari dalam periode waktu tertentu dikurangi hari perawatan pasien keluar (hidup dan mati) rawat inap
Denominator	Jumlah pasien keluar (hidup dan mati) rawat inap
Formula	$\frac{(\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{hari dalam periode waktu tertentu}) - \text{dikurangi hari perawatan pasien keluar (hidup dan mati) rawat inap}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup dan mati) rawat inap}}$
Standar	1-3 hari
Sumber Data	Instalasi Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)

## G. PELAYANAN RADIOLOGI

### 1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto

Judul	<b>Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Thorax Foto</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kesenambungan Pelayanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan hasil <i>thorax</i> adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertise
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil tunggu pelayanan <i>thorax</i> foto dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang difoto <i>thorax</i> dalam bulan tersebut
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif hasil tunggu pelayanan thorax foto dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut}} \times 100\%$
Standar	≤ 3 Jam
Sumber Data	Rekam Medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

### 2. Pelaksanaan Ekspertise Hasil Pemeriksaan Rontgen

Judul	<b>Pelaksanaan Ekspertise Hasil Pemeriksaan Rontgen</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan <i>rontgen</i> dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis

Definisi Operasional	Pelaksanaan ekspertise hasil pemeriksaan <i>rontgen</i> adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto <i>rontgen</i> /hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi dicantumkan tanda-tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah <i>rontgen</i> foto yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan <i>rontgen</i> dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah } \textit{rontgen} \text{ foto yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan } \textit{rontgen} \text{ dalam 1 (satu) bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Register di Instalasi Radiologi
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

### 3. Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen

Judul	<b>Kejadian Kegagalan Pelayanan Rontgen</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan <i>rontgen</i>
Definisi Operasional	Kegagalan pelayanan <i>rontgen</i> adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	≤ 2%
Sumber Data	Registrasi Radiologi
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Radiologi

### 4. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei}} \times 100\%$
Standar	≥ 80%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Komite Mutu/Tim Mutu

## H. PELAYANAN LABORATORIUM

### 1. Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium

Judul	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kesenambungan Pelayan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertise
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut}} \times 100\%$
Standar	≤ 140 Menit (Manual)
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

### 2. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium < 30 Menit

Judul	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium < 30 Menit
Dimensi Mutu	Tepat Waktu, Keselamatan Pasien
Tujuan	a. Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium, b. Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien.
Definisi Operasional	a. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera b. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/ analis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan c. Standar Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan < 30 menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan < 30 menit
Denominator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang disurvei
Formula	$\frac{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan < 30 menit}}{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang disurvei}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Registrasi Instalasi Laboratorium
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

### 3. Pelaksana Ekspertise Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Judul	<b>Pelaksana Ekspertise Hasil Pemeriksaan Laboratorium</b>
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi Operasional	Pelaksanaan ekspertise hasil pemeriksaan laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil laboratorium. Bukti dilakukan ekspertise adalah adanya tanda tangan pada lembaran hasil yang diberikan pada dokter yang meminta.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{jumlah hasil lab yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 bulan}}{\text{jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Registrasi Instalasi Laboratorium
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

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

Judul	<b>Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayan laboratorium
Definisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Formula	$\frac{\text{jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam 1 bulan} - \text{jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 (satu) bulan}}{\text{jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Rekam Medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

### 5. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
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 Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survei (dalam persen)
<i>Denominator</i>	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survei}}{\text{Jumlah total pasien yang di survei}} \times 100\%$
Standar	≥ 80%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

## I. 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 dengan yang direncanakan
Definisi Operasional	<i>Drop out</i> pasien rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (Tiga) Bulan
Periode Analisa	6 (Enam) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah seluruh pasien <i>drop out</i> dalam 3 (tiga) bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 (tiga) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien drop out dalam 3 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 3 bulan}} \times 100\%$
Standar	≤ 50%
Sumber Data	Rekam Medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	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
Definisi Operasional	Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi yang diperlukan yang tidak sesuai dengan standar pedoman pelayanan rehabilitasi medik
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 (satu) bulan

Formula	$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik} - \text{Jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Rekam medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

### 3. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
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 Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang di survei (n minimal 50)
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survei}}{\text{Jumlah total pasien yang di survei}} \times 100\%$
Standar	≥ 80%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

## J. PELAYANAN HEMODIALISA

### 1. Pencapaian Hemodialisa Adekuat Minimal 60% (Enam Puluh Persen)

Judul	<b>Pencapaian Hemodialisa Adekuat Minimal 60% (Enam Puluh Persen)</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi, dan Kestinambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kualitas pelayanan hemodialisa
Definisi Operasional	Pencapaian hemodialisa adekuat adalah penurunan kadar ureum dan kreatinin dari sebelum dan sesudah pelaksanaan hemodialisa
Frekuensi Pengumpulan Data	6 (Enam) Bulan
Periode Analisa	6 (Enam) Bulan
Numerator	Jumlah pasien hemodialisa dengan penurunan kadar ureum dan kreatinin
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dilakukan hemodialisa
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien hemodialisa dengan penurunan kadar ureum dan kreatinin}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dilakukan hemodialisa}} \times 100\%$
Standar	≥ 80%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik

### 2. Waktu Tunggu Pasien di Instalasi Hemodialisa

Judul	<b>Waktu Tunggu Pasien di Instalasi Hemodialisa</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan hemodialisa pada hari kerja di rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien

Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan pasien mulai dari persiapan pelaksanaan hemodialisis (30 menit), pelaksanaan hemodialisis (5 jam), sampai dengan evaluasi pasien pasca hemodialisis (30 menit).
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien hemodialisa yang disurvei
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien hemodialisa yang disurvei
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien hemodialisa yang disurvei}}{\text{Jumlah seluruh pasien hemodialisa yang disurvei}} \times 100\%$
Standar	< 6 Jam
Sumber Data	Survei Pasien Hemodialisa
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Hemodialisa

### 3. Kecepatan Menangani Komplikasi Tindakan Hemodialisa

Judul	<b>Kecepatan Menangani Komplikasi Tindakan Hemodialisa</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi, dan Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kualitas pelayanan hemodialisa
Definisi Operasional	Kecepatan menangani komplikasi tindakan hemodialisa adalah kecepatan penanganan komplikasi selama pelaksanaan pelayanan hemodialisa maksimal 5 (lima) menit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah komplikasi tindakan hemodialisa yang tertangani dalam 5 (lima) menit
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh komplikasi tindakan hemodialisa
Formula	$\frac{\text{Jumlah komplikasi tindakan hemodialisa yang tertangani dalam 5 menit}}{\text{Jumlah seluruh komplikasi tindakan hemodialisa}} \times 100\%$
Standar	80%
Sumber Data	Survei Pasien Hemodialisa
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Hemodialisa

### 4. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan hemodialisa
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan hemodialisa
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survei (dalam persen)
<i>Denominator</i>	Jumlah total pasien yang di survei (n minimal 50)
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang di survei}}{\text{Jumlah total pasien yang di survei}} \times 100\%$
Standar	≥ 80%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Hemodialisa

## K. PELAYANAN FARMASI

### 1. Waktu Tunggu Pelayanan

#### a. Obat Jadi

Judul	<b>Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kesenambungan Pelayanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan obat resep sampai obat jadi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	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
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut}} \times 100\%$
Standar	≤ 30 Menit (Manual)
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

#### b. Obat Racikan

Judul	<b>Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kesenambungan Pelayanan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan obat resep sampai obat racikan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut}} \times 100\%$
Standar	≤ 60 Menit (Manual)
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

### 2. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat

Judul	<b>Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi: a. Salah dalam memberikan jenis obat b. Salah dalam memberikan dosis obat c. Salah orang d. Salah jumlah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat

<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei
Formula	$\frac{\text{Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei} - \text{jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat}}{\text{Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

### 3. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional

Judul	<b>Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional</b>
Dimensi Mutu	Efisien dan Efektif
Tujuan	Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu kepada formularium nasional
Definisi Operasional	a. Formularium Nasional adalah daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan harus tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pelaksanaan JKN. b. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah Peresepan obat oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah resep yang sesuai dengan formularium nasional
<i>Denominator</i>	Jumlah resep yang disurvei
Formula	$\frac{\text{Jumlah resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{Jumlah resep yang disurvei}} \times 100\%$
Standar	≥ 80%
Sumber Data	Lembar resep di Instalasi Farmasi
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

### 4. Kepuasan Pelanggan

Judul	<b>Kepuasan Pelanggan</b>
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 Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
<i>Denominator</i>	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei}}{\text{Jumlah total pasien yang disurvei}} \times 100\%$
Standar	≥ 80%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

### 5. Penulisan Resep Sesuai Formularium

Judul	Penulisan Resep Sesuai Formularium
Dimensi Mutu	Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien

Definisi Operasional	Formularium adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai formularium dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh resep yang diambil sebagai sampel dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Farmasi

## L. PELAYANAN GIZI

### 1. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kesenambungan Pelayan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyiapan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang disurvei mendapat makanan tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang disurvei mendapat makanan tepat waktu dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei}} \times 100\%$
Standar	≤ 90%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi / Kepala Instalasi Tawat Inap

### 2. Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien

Judul	<b>Sisa Makanan yang Tidak Termakan oleh Pasien</b>
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif porsi sisa makanan dari pasien yang disurvei dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	≤ 20%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	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 Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah pemberian makanan yang disurvei} - \text{Jumlah pemberian makanan yang salah diet}}{\text{Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Gizi / Kepala Instalasi Rawat Inap

## M. PELAYANAN TRANSFUSI 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 Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Yang bertanggung Jawab terhadap Pengelolaan Bank Darah

### 2. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	Kejadian Reaksi Transfusi
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi Operasional	Reaksi transfusi adalah Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, <i>haemolisis</i> akibat golongan darah yang tidak sesuai, atau gangguan sistem infus sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 (satu) bulan

<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien yang mendapatkan transfusi dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang mendapatkan transfusi dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	≤ 0,01%
Sumber Data	Rekam Medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit Transfusi Darah

## N. PELAYANAN GAKIN

### 1. Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN yang Datang Ke Rumah Sakit pada Setiap Unit Pelayanan

Judul	<b>Pelayanan Terhadap Pasien GAKIN yang Datang ke Rumah Sakit pada Setiap Unit Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi Operasional	Pasien keluarga miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin/jamsoskes/surat keterangan tidak mampu yang dilengkapi KTP, KK, dan rujukan puskesmas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang kerumah sakit dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang kerumah sakit dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Registrasi Pasien
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Direktur Rumah Sakit

## O. PELAYANAN REKAM MEDIS

### 1. Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan

Judul	<b>Kelengkapan Pengisian Rekam Medis 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan</b>
Dimensi Mutu	Kesinambungan Pelayanan dan Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medis
Definisi Operasional	Rekam medis yang lengkap adalah rekam medis yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, meliputi identitas pasien anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut, dan resume
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 (satu) bulan yang diisi lengkap

Denominator	Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap}}{\text{Jumlah rekam medis yang disurvei dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rekam Medis/Kepala Instalasi Rawat Inap

## 2. Kelengkapan *Informed Consent* Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas

Judul	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien dan mendapatkan persetujuan dari pasien akan tindakan medis yang akan dilakukan
Definisi Operasional	<i>Informed Consent</i> adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medis yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medis dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medis yang disurvei dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medis yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medis dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medis yang disurvei dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Survey
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala instalasi rekam medik

## 3. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Jalan

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis pasien 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 di sediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	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)
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati}}{\text{Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati}} \times 100\%$

Standar	Rerata $\leq$ 10 Menit
Sumber Data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang rekam medis untuk pasien lama
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rekam Medis

#### 4. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Inap

Judul	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medis Pelayanan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, Kesenambungan, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat inap
Definisi Operasional	Dokumen rekam medis pasien rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medis mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis di sediakan/ditemukan oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati}}{\text{Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati}} \times 100\%$
Standar	Rerata $\leq$ 15 Menit
Sumber Data	Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran rawat jalan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rekam Medis

## P. 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	Buku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator: a. BOD ( <i>Biological Oxygen Demand</i> ) : 30 mg/liter b. COD ( <i>Chemical Oxygen Demand</i> ) : 80 mg/liter c. TSS ( <i>Total Suspended Solid</i> ) : 30 mg/liter d. pH : 6-9
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (Tiga) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Formula	$\frac{\text{Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan mutu}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Hasil Pemeriksaan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala IPSRS/ Kepala K3 Rumah Sakit

## 2. Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan

Judul	<b>Pengolahan Limbah Padat Berbahaya Sesuai Dengan Aturan</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius rumah sakit
Definisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat mengeluarkan penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain: a. Sisa jarum suntik b. Sisa ampul c. Kapas bekas d. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang diamati
Denominator	Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati
Formula	$\frac{\text{Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang diamati}}{\text{Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Hasil pengamatan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

## Q. AMBULANCE/ KERETA JENAZAH

### 1. Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah

Judul	<b>Waktu Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah</b>
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 ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien /keluarga pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Formula	$\frac{\text{Total waktu buka (dalam jam)pelayanan ambulance dalam1 bulan}}{\text{jumlah hari dalam bulan tersebut}} \times 100\%$
Standar	24 jam
Sumber Data	Instalasi Gawat Darurat, Perawat Pengantar Pasien
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Penanggung Jawab 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 60 menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh permintaan ambulance/kereta jenazah dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Catatan Penggunaan Ambulance / Kereta Jenazah
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Penanggung Jawab Ambulance / Kereta Jenazah

## R. 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 pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan pasien mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam 1 bulan}}{\text{Total pasien yang diamati dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	≤ 2 jam
Sumber Data	Hasil Pengamatan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah

## S. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

### 1. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi

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 hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil di dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam 1 bulan}}{\text{Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Notulen Rapat
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Direktur Rumah Sakit

### 2. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Judul	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja
Dimensi Mutu	Efektivitas, Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Definisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan pertanggungjawaban rumah sakit untuk menunjukkan keberhasilan /kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik . Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM ( Standar pelayanan minimal), indikator-indikator kinerja yang lain yang diisyaratkan oleh pemerintah daerah Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Tahun
Periode Analisa	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
Formula	$\frac{\text{Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 tahun}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Bagian Tata Usaha
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Direktur Rumah Sakit

### 3. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat

Judul	<b>Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas, Efisiensi, Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Definisi Operasional	Usaha kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu April dan Oktober
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Tahun
Periode Analisa	1 (Satu) Tahun
<i>Numerator</i>	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun
<i>Denominator</i>	Jumlah pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 (satu) tahun
Formula	$\frac{\text{Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 tahun}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Umum dan Keuangan

### 4. Karyawan Yang Mendapatkan Pelatihan Minimal 20 Jam Per-tahun

Judul	<b>Karyawan Yang Mendapatkan Pelatihan Minimal 20 Jam Per-Tahun</b>
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 jam per-tahun
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Tahun
Periode Analisa	1 (Satu) Tahun
<i>Numerator</i>	Jumlah karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam per-tahun
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh karyawan rumah sakit
Formula	$\frac{\text{Jumlah karyawan yang mendapatkan pelatihan minimal 20 jam per-tahun}}{\text{Jumlah seluruh karyawan rumah sakit}} \times 100\%$
Standar	≥ 60%
Sumber Data	Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Umum dan Keuangan

### 5. Cost Recovery

Judul	<b>Cost Recovery</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Efisiensi
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	<i>Cost recovery</i> adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu di bagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (Tiga) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan

<i>Numerator</i>	Jumlah pendapatan fungsional dalam 3 (tiga) bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah pembelanjaan operasional dalam 3 (tiga) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah pendapatan fungsional dalam 3 bulan}}{\text{Jumlah pembelanjaan operasional dalam 3 bulan}} \times 100\%$
Standar	≥ 40%
Sumber Data	Sub Bagian Keuangan dan Aset
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Umum dan Keuangan

## 6. Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan

Judul	<b>Ketepatan Waktu Penyusunan Laporan Keuangan</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi Pengumpulan Data	3 (Tiga) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 (tiga) bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 (tiga) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya dalam 3 bulan}}{\text{Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Sub Bagian Keuangan dan Aset
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Umum dan Keuangan

## 7. Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap

Judul	<b>Kecepatan Waktu Pemberian Informasi Tentang Tagihan Pasien Rawat Inap</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas dan 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 pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	≤ 2 jam
Sumber Data	Hasil Pengamatan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Sub Bagian Keuangan dan Aset

### 8. 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 Analisa	Tiap 6 (Enam) Bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Formula	$\frac{\text{Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif}}{6} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Catatan Bagian Keuangan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Sub Bagian Keuangan dan Aset

## T. PELAYANAN LAUNDRY

### 1. Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang

Judul	Tidak Adanya Kejadian Linen yang Hilang
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) Bulan
Periode Analisa	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
Formula	$\frac{\text{Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laundry

### 2. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap

Judul	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian mutu dan 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 Analisa	1 (satu) Bulan
Numerator	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan

Formula	$\frac{\text{Jumlah hari dalam 1 bulan dengan penyediaan linen tepat waktu}}{\text{Jumlah hari dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laundry

## U. PELAYANAN *CENTRAL STERILE SUPPLY DEPARTEMENT* (CSSD)

### 1. Tidak Adanya Kejadian Instrumen (Alat), Linen, dan Bahan Lain yang Hilang

Judul	Tidak Adanya Kejadian Instrumen (Alat), Linen, dan Bahan Lain yang Hilang
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan <i>Central Sterile Supply Departement</i> (CSSD)
Definisi Operasional	Tidak ada
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) Bulan
Periode Analisa	1 (satu) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah instrumen (alat), linen, dan bahan lain yang dihitung dalam 4 (empat) hari sampling dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah instrumen (alat), linen, dan bahan lain yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Formula	$\frac{\text{Jumlah instrumen (alat), linen, dan bahan lain yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah instrumen (alat), linen, dan bahan lain yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit <i>Central Sterile Supply Departement</i> (CSSD)

### 2. Ketepatan Waktu Penyediaan Instrumen (Alat), Linen, dan Bahan Lain Untuk Instalasi Bedah Sentral (IBS)

Judul	Ketepatan Waktu Penyediaan Instrumen (Alat), Linen, Dan Bahan Lain Untuk Instalasi Bedah Sentral (IBS)
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian mutu dan pelayanan <i>Central Sterile Supply Departement</i> (CSSD)
Definisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan instrumen (alat), linen, dan bahan lain adalah ketepatan penyediaan instrumen (alat), linen, dan bahan lain sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (satu) Bulan
Periode Analisa	1 (satu) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan dengan penyediaan instrumen (alat), linen, dan bahan lain tepat waktu
<i>Denominator</i>	Jumlah hari dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah hari dalam 1 bulan dengan penyediaan instrumen (alat), linen, dan bahan lain tepat waktu}}{\text{Jumlah hari dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit <i>Central Sterile Supply Departement</i> (CSSD)

### 3. Mutu Sterilisasi Instrumen (Alat), Linen, dan Bahan Lain

Judul	Mutu Sterilisasi Instrumen (Alat), Linen, dan Bahan Lain
Dimensi Mutu	Kualitas pelayanan
Tujuan	Tergambarnya pengendalian mutu dan pelayanan laundry
Definisi Operasional	Angka kuman instrumen (alat), linen dan bahan lain nol
Frekuensi Pengumpulan Data	Sewaktu
Periode Analisa	Sewaktu
Numerator	Jumlah sterilisasi instrumen (alat), linen dan bahan lain dalam suatu waktu tertentu
Denominator	Angka kuman hasil sterilisasi instrumen (alat), linen dan bahan lain dalam suatu waktu tertentu
Formula	$\frac{\text{Jumlah sterilisasi instrumen (alat), linen dan bahan lain dalam suatu waktu tertentu}}{\text{Angka kuman hasil sterilisasi instrumen (alat), linen dan bahan lain dalam suatu waktu tertentu}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Ruang Sterilisasi dan Petugas Pemeriksa Angka Kuman
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Unit <i>Central Sterile Supply Departement</i> (CSSD)

## V. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

### 1. Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat

Judul	Kecepatan Waktu Menanggapi Kerusakan Alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, Efisiensi, Kesenambungan Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk ditindak lanjuti perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus ditanggapi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	≥ 80%
Sumber Data	Catatan Laporan Kerusakan Alat
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (IPSR)

### 2. Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat

Judul	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat
Dimensi Mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya ketepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/ <i>service</i> untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan

<i>Numerator</i>	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan ( <i>service</i> ) tepat waktu dalam 1 (satu) bulan
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Register Pemeliharaan Alat
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit (IPSRS)

### 3. Peralatan Laboratorium (dan Alat Ukur yang digunakan dalam Pelayanan) Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Ketentuan Kalibrasi

Judul	Peralatan Laboratorium (dan Alat Ukur yang digunakan dalam Pelayanan) Terkalibrasi Tepat Waktu Sesuai Ketentuan Kalibrasi
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Definisi Operasional	Kalibrasai adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh balai pengamanan fasilitas kesehatan (BPFK)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Tahun
Periode Analisa	1 (Satu) Tahun
<i>Numerator</i>	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 (satu) tahun
<i>Denominator</i>	Jumlah alat laboratorium yang dikalibrasi dalam 1 (satu) tahun
Formula	$\frac{\text{Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah alat laboratorium yang dikalibrasi dalam 1 tahun}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Buku Register
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Laboratorium

## W. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

### 1. Tersedianya Anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang Terlatih

Judul	Tersedianya Anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang Terlatih
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Komite PPI
Definisi Operasional	Adalah anggota Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah anggota komite PPI yang sudah terlatih
<i>Denominator</i>	Jumlah anggota komite PPI
Formula	$\frac{\text{Jumlah anggota komite PPI yang sudah terlatih}}{\text{Jumlah anggota komite PPI}} \times 100\%$
Standar	75%

Sumber Data	Kepegawaian
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS)

## 2. Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri) di Setiap Instalasi

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri) di Setiap Instalasi
Dimensi Mutu	Mutu Pelayanan, Keamanan Pasien, Petugas Dan Pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi Operasional	Alat terstandar yang digunakan untuk melindungi tubuh tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 (Satu) Bulan
Periode Analisa	3 (Tiga) Bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Formula	$\frac{\text{Jumlah instalasi yang menyediakan APD}}{\text{Jumlah instalasi di rumah sakit}} \times 100\%$
Standar	60%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS)

## 3. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Judul	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan Pasien
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan Alat Pelindung Diri (APD)</li> <li>Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi</li> </ol>
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.</li> <li>Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).</li> <li>Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.</li> <li>Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium.</li> <li>Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.</li> <li>Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.</li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap hari
Periode Analisa	1 (Satu) Bulan

<i>Numerator</i>	Jumlah petugas kesehatan yang menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi
Formula	$\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100\%$
Standar	100%
Sumber Data	Survei
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS)

#### 4. Kepatuhan Kebersihan Tangan

Judul	<b>Kepatuhan Kebersihan Tangan</b>
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<p>a. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (<i>alcohol-based handrubs</i>) bila tangan tidak tampak kotor.</p> <p>b. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi <i>World Health Organization</i> (WHO).</p> <p>c. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.</p> <p>d. Lima indikasi (<i>five moment</i>) kebersihan tangan terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.</li> <li>2) Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.</li> <li>3) Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, <i>suctioning</i>, pemberian suntikan dan lain-lain.</li> <li>4) Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, <i>feces</i>, produksi <i>drain</i>, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.</li> <li>5) Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien.</li> </ol> <p>e. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan.</p>

	<p>f. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</p> <p>g. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> <p>h. <i>Observer</i> adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.</p> <p>i. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan</p> <p>j. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).</p> <p>k. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.</p> <p>l. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Hari
Periode Analisa	1 (Satu) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
<i>Denominator</i>	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Formula	$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100\%$
Standar	≥ 85%
Sumber Data	Hasil Observasi
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (PPIRS)

### 5. Angka Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)

Judul	<b>Angka Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP)
Definisi Operasional	<p><i>Ventilator-Associated Pneumonia</i> (VAP) adalah infeksi saluran napas bawah yang mengenai parenkim paru setelah pemakaian ventilasi mekanik &gt; 48 jam, dan sebelumnya tidak ditemukan tanda-tanda infeksi saluran napas.</p> <p>Kriteria terjadinya <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP) ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Demam (≥38°C) tanpa ditemui penyebab lainnya.</li> <li><i>Leukopenia</i> (&lt; 4.000 WBC/mm<sup>3</sup>) atau <i>Leukositosis</i> (≥12.000 SDP/mm<sup>3</sup>).</li> <li>Untuk penderita berumur ≥ 70 tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya.</li> <li>Minimal disertai 2 dari tanda berikut: <ol style="list-style-type: none"> <li>Timbulnya onset baru sputum atau perubahan sifat sputum</li> <li>Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau <i>dyspnea</i> (sesak napas) atau <i>tachypnea</i></li> <li>Ronki basah atau suara napas bronchial.</li> <li>Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi O<sub>2</sub></li> </ol> </li> </ol>

	(PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> ≤240), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisis	Tiap Bulan
Numerator	Jumlah kasus infeksi <i>Ventilator Associated Pneumonia</i> (VAP)
Denominator	Jumlah lama hari pemakaian <i>Endotracheal Tube</i> (ETT) atau terpasang Ventilator
Formula	$\frac{\text{Jumlah kasus infeksi Ventilator Associated Pneumonia (VAP)}}{\text{Jumlah lama hari pemakaian Endotracheal Tube (ETT) atau terpasang Ventilator}} \times 1000$
Standar	< 5,8‰
Sumber Data	Survei, Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Pelayanan/Ketua Komite Mutu/Tim Mutu/Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

### 6. Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Judul	Angka Kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK)
Dimensi Mutu	Keselamatan, Kenyamanan
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi saluran kemih (ISK)
Definisi Operasional	Infeksi Saluran Kemih (ISK) merupakan jenis infeksi yang terjadi pada saluran kemih murni (uretra dan permukaan kandung kemih) atau melibatkan bagian yang lebih dalam dari organ-organ pendukung saluran kemih (ginjal, ureter, kandung kemih, uretra, dan jaringan sekitar retroperitoneal atau rongga perinefrik) karena penggunaan kateter urine > 48 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap Bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi kateter
Denominator	Jumlah hari terpasangnya kateter urine
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang mengalami infeksi kateter}}{\text{Jumlah hari terpasangnya kateter urine}} \times 1000$
Standar	≤ 4,7‰
Sumber Data	Survei, Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi/Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu/Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

### 7. Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Judul	Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO)
Dimensi Mutu	Keselamatan, Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih dan sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi Daerah Operasi adalah Infeksi yang terjadi pada daerah insisi daerah operasi dalam waktu 30 sampai 90 hari pasca tindakan operasi. Kriteria terjadinya Infeksi Daerah Operasi (IDO), yaitu: a. Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas <i>fascia</i> (jaringan penghubung); b. Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik; c. Sengaja dibuka oleh dokter karena terdapat tanda peradangan kecuali hasil biakan negatif (paling sedikit terdapat satu dari tanda-tanda infeksi berikut ini yaitu rasa

	panas (kolor), kemerahan (color), pengerasan/bengkak (tumor), keluarnya nanah (pus), demam dengan suhu 38° C; d. Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap Bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi daerah operasi dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) bulan
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang mengalami infeksi daerah operasi dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 bulan}} \times 100\%$
Standar	2%
Sumber Data	Survei, Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Bedah Sentral/Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu/Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

### 8. Angka Kejadian *Hospital Acquired Pneumonia* (HAP)

Judul	<b>Angka Kejadian <i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP)</b>
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Menurunkan kejadian infeksi saluran napas (ISN)
Definisi Operasional	<i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP) adalah infeksi akut pada parenkim paru setelah pasien dirawat di rumah sakit > 48 jam tanpa dilakukan intubasi dan sebelumnya tidak menderita infeksi saluran nafas bawah.  Kriteria terjadinya <i>Hospital Acquired Pneumonia</i> (HAP), yaitu: a. Ditemukan minimal dari tanda dan gejala klinis yaitu demam ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) tanpa ditemui penyebab lainnya; b. <i>Leukopenia</i> ( $< 4.000$ WBC/mm <sup>3</sup> ) atau <i>Leukositosis</i> ( $\geq 12.000$ SDP/mm <sup>3</sup> ); c. Untuk penderita berumur $\geq 70$ tahun, adanya perubahan status mental yang tidak ditemui penyebab lainnya dan Minimal disertai 2 dari tanda berikut: 1) Timbulnya onset baru sputum purulen atau perubahan sifat sputum, 2) Munculnya tanda atau terjadinya batuk yang memburuk atau <i>dyspnea</i> (sesak napas) atau <i>tachypnea</i> (napas frekuen), 3) Ronchi basah atau suara napas bronchial. 4) Memburuknya pertukaran gas, misalnya desaturasi O <sub>2</sub> (PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> $\leq 240$ ), peningkatan kebutuhan oksigen, atau perlunya peningkatan ventilator.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap Bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena HAP dalam 1 (satu) bulan
Denominator	Jumlah hari tirah baring
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap yang terkena HAP dalam 1 bulan}}{\text{Jumlah hari tirah baring}} \times 1000$
Standar	$\leq 1\%$
Sumber Data	Survei, Rekam Medis
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi/ Ketua Komite Medis/Komite Mutu/Tim Mutu/Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

### 9. Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah (IAD)

Judul	Angka Kejadian Infeksi Aliran Darah (IAD)
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Menurunnya angka kejadian Infeksi Aliran Darah (IAD)
Definisi Operasional	<p>Infeksi Aliran Darah (IAD) terkait pemasangan kateter intravaskuler adalah infeksi aliran darah terkait pemasangan <i>Central Venous Catheter (CVC)</i>, <i>peripheral catheter</i>, <i>catheter haemodialysis</i>, <i>arterial line</i>, <i>Peripheral Inserted Central Catheter (PICC)</i>, <i>Intraaortic balloon pump</i> dengan konfirmasi laboratorium.</p> <p>Kriteria terjadinya Infeksi Aliran Darah (IAD):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ditemukan pathogen dari biakan specimen darah dari kateter intravaskuler dan dari darah perifer tidak berkaitan dengan infeksi di tempat lain</li> <li>Pasien dengan minimal 1 (satu) gejala atau tanda tanda sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> <li>Demam &gt; 38° C,</li> <li>Menggigil atau hipotensi tanpa penyebab lainnya,</li> <li>Diperoleh hasil laboratorium hasil yang positif infeksi yang tidak berhubungan dengan infeksi di tempat lain.</li> </ol> </li> <li>Dugaan infeksi aliran darah terkait pemasangan kateter intravaskuler pada anak berusia &lt; 1 tahun, memiliki minimal satu dari tanda-tanda berikut: <ol style="list-style-type: none"> <li>Demam (suhu tubuh &gt; 38° C per rektal),</li> <li>Hipotermia (&lt; 37° C per rektal), <i>apnea</i> atau bradikardia,</li> <li>Tidak ditemukan sumber infeksi selain pemasangan kateter vascular,</li> <li>Terdapat bakteri pathogen dalam biakan kuman.</li> </ol> </li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap Bulan
Numerator	Jumlah kasus Infeksi Aliran Darah (IAD)
Denominator	Jumlah lama hari terpasangnya kateter intravaskuler
Formula	$\frac{\text{Jumlah kasus Infeksi Aliran Darah (IAD)}}{\text{Jumlah lama hari terpasangnya kateter intravaskuler}} \times 1000$
Standar	3,5‰
Sumber Data	Survei, Rekam Medik
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi/Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu/Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

### 10. Angka Kejadian Phlebitis

Judul	Angka Kejadian Phlebitis
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan Pasien
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan keperawatan yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kejadian phlebitis adalah terjadinya peradangan/ inflamasi berupa nyeri, rasa tidak enak, panas, pembengkakan lokal, dan kemerahan pada atau sekitar insersi (tusukan) jarum infus pada vena akibat iritasi kimia/ mekanik akibat pemasangan infus yang terjadi di rumah sakit.
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap Bulan
Numerator	Jumlah kejadian phlebitis pada periode tertentu

<i>Denominator</i>	Jumlah hari pemasangan infus perifer
Formula	$\frac{\text{Jumlah kejadian phlebitis pada periode tertentu}}{\text{Jumlah hari pemasangan infus perifer}} \times 1000$
Standar	1‰
Sumber Data	Survei, Rekam Medik, Instalasi Rawat Inap
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Instalasi Rawat Inap/ Ketua Komite Medik/Komite Mutu/Tim Mutu/Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

## X. PELAYANAN CASE MANAGER

### 1. Kepatuhan Terhadap *Cinical Pathway*

Judul	Kepatuhan Terhadap <i>Clinical Pathway</i>
Dimensi Mutu	Efektif
Tujuan	Untuk menjamin kepatuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di rumah sakit terhadap standar pelayanan dan untuk meningkatkan mutu pelayanan klinis di rumah sakit.
Definisi Operasional	<p>a. <i>Clinical Pathway</i> adalah suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, yang berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien di rawat di Rumah Sakit;</p> <p>b. Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan kepada pasien oleh DPJP, Perawat, Farmasi, Gizi yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan Rumah Sakit;</p> <p>c. Dinyatakan tidak patuh apabila terdapat varian dalam pelayanan;</p> <p>d. Varian adalah perbedaan pelayanan yang diberikan dengan <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan rumah sakit meliputi komponen: pemberian terapi, pemeriksaan penunjang (laboratorium dan radiologi) dan lama hari rawat (LOS).</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap Bulan
Periode Analisa	Tiap 3 (Tiga) Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i>
<i>Denominator</i>	Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang diobservasi
Formula	$\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan } \textit{clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada } \textit{clinical pathway} \text{ yang diobservasi}} \times 100\%$
Standar	≥ 80%
Sumber Data	Instalasi Rawat Inap
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Bidang Pelayanan Medik, Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite Tenaga Kesehatan lain

## Y. PELAYANAN HUMAS RUMAH SAKIT

### 1. Kepuasan Pasien dan Keluarga

Judul	Kepuasan Pasien dan Keluarga
Dimensi Mutu	Berorientasi Pada Pasien

Tujuan	Mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai dasar upaya-upaya peningkatan mutu dan terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pasien.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kepuasan adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan</li> <li>b. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.</li> <li>c. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Krejcie dan Morgan.</li> <li>d. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada pasien.</li> <li>e. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan.</li> <li>f. Unsur survei kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persyaratan</li> <li>2. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur.</li> <li>3. Waktu Penyelesaian.</li> <li>4. Biaya/Tarif.</li> <li>5. Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan.</li> <li>6. Kompetensi Pelaksana.</li> <li>7. Perilaku Pelaksana.</li> <li>8. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan.</li> <li>9. Sarana dan prasarana.</li> </ol> </li> <li>g. Indeks Kepuasan adalah hasil pengukuran dari kegiatan Survei Kepuasan berupa angka.</li> </ol>
Frekuensi Pengumpulan Data	Minimal Satu Kali dalam 6 Bulan
Periode Analisa	Setiap 6 (Enam) Bulan
Numerator	Sesuai dengan formula penghitungan survei kepuasan masyarakat berdasarkan Permenpan No. 14 Tahun 2017
Denominator	Sesuai dengan formula penghitungan survei kepuasan masyarakat berdasarkan Permenpan No. 14 Tahun 2017
Formula	Sesuai dengan formula penghitungan survei kepuasan masyarakat berdasarkan Permenpan No. 14 Tahun 2017
Standar	> 76,61
Sumber Data	Kuesioner Kepuasan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Humas

## 2. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Judul	<b>Kecepatan Waktu Tanggap Komplain</b>
Dimensi Mutu	Berorientasi Pada Pasien
Tujuan	Tergambarnya kecepatan rumah sakit dalam merespon keluhan pasien agar dapat diperbaiki dan ditingkatkan untuk sebagai bentuk pemenuhan hak pasien.
Definisi Operasional	1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu rumah sakit dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media masa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisa hingga tindak lanjutnya.

	<p>2. <i>Grading</i> risiko Komplain dan standar waktu tanggap Komplain:</p> <p>a. <i>Grading</i> Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.</p> <p>b. <i>Grading</i> Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain</p> <p>c. <i>Grading</i> Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial</p>
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap Bulan
Periode Analisa	Setiap Bulan
<i>Numerator</i>	Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai dengan waktu yang ditetapkan berdasarkan <i>grading</i>
<i>Denominator</i>	Jumlah komplain yang disurvei
Formula	$\frac{\text{jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai dengan waktu yang ditetapkan berdasarkan } grading}{\text{jumlah: komplain yang disurvei}} \times 100\%$
Standar	> 80%
Sumber Data	Kuesioner Kepuasan
Penanggung Jawab Pengumpul Data	Kepala Bagian Humas

**BAB IV**  
**PENUTUP**

Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan suatu bentuk kontrak kinerja (contractual performance agreement) yang dilakukan antara Direktur Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas dengan Kepala Daerah. Standar Pelayanan Minimal ini juga merupakan suatu bentuk kontrak kinerja antara Direktur Rumah Sakit dr. Sobirin Kabupaten Musi Rawas dengan setiap unit kerja di rumah sakit. Dalam system manajemen mutu, Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini juga sebagai sasaran mutu unit kerja yang memerlukan pemantauan secara terstruktur dan sistematis.

Dalam siklus Total Quality Management (TQM), setiap parameter Standar Pelayanan Minimal (SPM) perlu dipantau pencapaiannya yang akan dilakukan dalam kegiatan audit internal. Fungsi audit internal merupakan pemetaan berkala dalam kegiatan rapat tinjauan manajemen sebagai media untuk melakukan *review* arah dan capaian serta evaluasi kegiatan rumah sakit.

BUPATI MUSI RAWAS,

**dto.**

RATNA MACHMUD

SALINAN SESUAI DENGAN ASLINYA  
KEPALA BAGIAN HUKUM,  
  
H. MUKHALISIN, S.H.,M.H  
Pembina Utama Muda  
NIP. 19700623 199201 1 003

