



BUPATI SITUBONDO
PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI SITUBONDO
NOMOR 41 TAHUN 2014

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ASEMBAGUS
KABUPATEN SITUBONDO

BUPATI SITUBONDO,

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA,

- Menimbang** :
- a. bahwa penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Situbondo, merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan Situbondo.
 - b. bahwa rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan kesehatan masyarakat sehingga rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat Situbondo.
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Kabupaten Situbondo.

- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 44);
 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan;
 3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaga Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
6. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587);
8. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438);
9. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
10. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
11. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 102 Tahun 2000 Tentang Standardisasi Nasional;
12. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik;
13. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
14. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4285);
15. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Laporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);

17. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
18. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3737);
19. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2007 tentang Pengelolaan Uang Negara/Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 83, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4738);
20. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
21. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2004 Tentang Tunjangan Jabatan Fungsional Dokter, Dokter Gigi, Apoteker, Asisten Apoteker, Pranata Laboratorium Kesehatan, Epidemiolog Kesehatan, Entomolog Kesehatan, Sanitarian, Administrator Kesehatan, Penyuluh Kesehatan Masyarakat, Perawat Gigi, Nutrisionis, Bidan, Perawat, Radiografer, Perkam Medis, Dan Teknisi Elektromedis;
22. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
23. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1747/MENKES/SK/XII/2000 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 228/MENKES/SK/III/2002 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
25. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor : KEP/118/M.PAN/2004 Tentang Pedoman Umum Penanganan Pengaduan Masyarakat Bagi Instansi Pemerintah;
26. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
27. Peraturan daerah Kabupaten Situbondo Nomor 2 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintah Daerah Kabupaten Situbondo (Lembaran Daerah Kabupaten Situbondo Tahun 2008 Nomor 2);
28. Peraturan Daerah Kabupaten Situbondo Nomor 5 Tahun 2013 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Kabupaten Situbondo (Lembaran Daerah Kabupaten Situbondo Tahun 2013 Nomor 5).

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI SITUBONDO TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ASEMBAGUS KABUPATEN SITUBONDO

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Situbondo.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Situbondo.
3. Bupati adalah Bupati Situbondo.
4. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disebut RSUD Asembagus adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Situbondo.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Kabupaten Situbondo.
6. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo.
7. Jenis pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Situbondo kepada masyarakat.
8. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Situbondo yang selanjutnya disebut dengan SPM RSUD Asembagus adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal, juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolok ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan Layanan Umum kepada masyarakat.
9. 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. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.

BAB II STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pasal 2

Standar Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Kabupaten Situbondo sebagaimana tersebut dalam Lampiran dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 3

Standar Pelayanan Minimal Pada Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Kabupaten Situbondo sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2, dipergunakan sebagai standar dalam menjamin pelaksanaan pelayanan kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah Asembagus Kabupaten Situbondo.

**BAB III
KETENTUAN PENUTUP****Pasal 4**

Peraturan Bupati ini berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Situbondo
pada tanggal **21 AUG 2014**

BUPATI SITUBONDO,



DADANG WIGIARTO

Diundangkan di Situbondo
pada tanggal **21 AUG 2014**

**SEKRETARIS DAERAH
KABUPATEN SITUBONDO,**



SYAIFULLAH

BERITA DAERAH KABUPATEN SITUBONDO TAHUN 2014 NOMOR 41

LAMPIRAN Peraturan Bupati Situbondo
Tanggal : 21 AUG 2014
Nomor : 41 Tahun 2014

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ASEMBAGUS
KABUPATEN SITUBONDO**

I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sesuai dengan Pasal 14 ayat (1) Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008, kesehatan merupakan salah satu bidang pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh Daerah Kabupaten. Dalam rangka otonomi daerah, Pemerintah Daerah bertanggung jawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat didaerahnya. Rumah Sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat mempunyai karakteristik dan organisasi yang kompleks, berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuan yang beragam, berinteraksi satu sama lainnya. Sejalan dengan pesatnya kemajuan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, perlu diimbangi oleh tenaga kesehatan yang memadai dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu standar. Dalam melaksanakan profesionalisme pelayanan kesehatan, rumah sakit dituntut untuk menjamin peningkatan mutu pelayanan yang lebih terbuka (transparan) dan lebih bertanggung jawab (akuntabel) sehingga memberikan pelayanan yang prima, terjangkau dan sesuai standar. Sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan, dan kualitas pelayanan umum serta dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan administrasi dalam penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit wajib menyusun Standar Pelayanan Minimal (SPM). Standar Pelayanan Minimal merupakan salah satu upaya untuk mendorong pemerintah daerah memberikan pelayanan atau kegiatan minimal yang harus dilakukan rumah sakit yang bertujuan agar kebutuhan dasar masyarakat dibidang kesehatan umumnya dan pelayanan kesehatan rujukan/rumah sakit tidak terabaikan, tersedianya pelayanan yang terjangkau dan berkesinambungan, tersedianya pelayanan yang bermutu dan memenuhi standar, melindungi hak asasi masyarakat di bidang kesehatan serta sebagai akuntabilitas rumah sakit kepada pemerintah daerah.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini dimaksudkan untuk memberikan pedoman dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit. Standar Pelayanan Minimal (SPM) ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang Definisi operasional, indikator kinerja, ukuran atau rujukan, target, cara perhitungan/rumus/pembilang dan penyebut/standar/satuan pencapaian kinerja, dan sumber data.

C. PENGERTIAN KHUSUS

1. Jenis Pelayanan adalah jenis-jenis pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada masyarakat.
2. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
3. Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektivitas, efisiensi, keselamatan, keamanan, kenyamanan, kesinambungan pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasarkan standar WHO.
4. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
5. Indikator kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolok ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
6. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
7. Definisi operasional dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
8. Frekwensi pengumpulan data adalah frekwensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
9. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
10. Pembilang (numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
11. Penyebut (denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
12. Sumber data adalah sumber bahan nyata/keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

II. PRINSIP PENYUSUNAN DAN PENETAPAN SPM

Dalam menyusun SPM telah memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Konsensus, berdasarkan kesepakatan bersama berbagai komponen atau sektor terkait dari unsur-unsur kesehatan dan instansi terkait yang secara rinci terlampir dalam daftar tim penyusunan.
2. Sederhana, SPM disusun dengan kalimat yang mudah dimengerti dan dipahami.
3. Nyata, SPM disusun dengan memperhatikan dimensi ruang, waktu dan persyaratan atau prosedur teknis.
4. Terukur, seluruh indikator dan standar di dalam SPM dapat diukur baik kualitatif maupun kuantitatif.
5. Terbuka, SPM dapat diakses oleh seluruh warga atau lapisan masyarakat.
6. Terjangkau, SPM dapat dicapai dengan menggunakan sumber daya dan dana yang tersedia.
7. Akuntabel, SPM dapat dipertanggungjawabkan kepada publik.
8. Bertahap, SPM mengikuti perkembangan kebutuhan dan kemampuan keuangan, kelembagaan dan personil dalam pencapaian SPM.

III. JENIS-JENIS PELAYANAN DI RSUD ASEMBAGUS

Jenis pelayanan RSUD Asembagus meliputi :

1. Pelayanan Medik dan Keperawatan terdiri dari :
 - a. Pelayanan Gawat Darurat.
 - b. Pelayanan Rawat Jalan.
 - c. Pelayanan Rawat Inap.
 - d. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi.
 - e. Pelayanan Intensif.
 - f. Pelayanan Bedah Sentral dan
 - g. Pelayanan Transfusi darah.
2. Pelayanan Penunjang dan Logistik terdiri dari :
 - a. Pelayanan Radiologi.
 - b. Pelayanan Farmasi.
 - c. Pelayanan Gizi.
 - d. Pelayanan Laboratorium dan Patologi Klinik.
 - e. Pelayanan Rehabilitasi Medik.
 - f. Pelayanan Pengelolaan Limbah.
 - g. Pelayanan Ambulan dan Kereta Jenazah.
 - h. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah.
 - i. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit.
 - j. Pelayanan Laundry dan
 - k. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
3. Pelayanan Bidang Administrasi dan Keuangan terdiri dari :
 - a. Pelayanan GAKIN.
 - b. Pelayanan Rekam Medik dan
 - c. Pelayanan Administrasi dan Manajemen.

IV. STANDAR PELAYANAN MINIMAL SETIAP JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

| No | Jenis Pelayanan | Standar Pelayanan Minimal | | Batas Waktu Pencapaian |
|-------------------------------|-------------------------|--|---|------------------------|
| | | Indikator | Standar | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Pelayanan Gawat Darurat | Kemampuan menangani <i>life saving</i> di Gawat Darurat | 100 % | 2 tahun |
| | | Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 24 jam | 100 % | 1 tahun |
| | | Pemberian pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (BPS/PPGD/GELS/ALS) | 100 % | 2 tahun |
| | | Ketersediaan tim penanggulangan Bencana | 1 tim | 5 tahun |
| | | Waktu tanggap pelayanan Dokter Gawat Darurat | < 5 menit setelah pasien datang | 2 tahun |
| | | Kepuasan pelanggan pada Gawat darurat | > 70 % | 2 tahun |
| | | Kematian pasien < 24 jam di Gawat Darurat | < 2 per seribu | 3 tahun |
| | | Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka | 100 % | 1 tahun |
| 2 | Pelayanan Rawat Jalan | Dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Spesialis | Dokter Spesialis | 5 tahun |
| | | Ketersediaan pelayanan rawat sesuai Jalan | Klinik: anak, jiwa, kebidanan, penyakit dalam, bedah, gigi, mata, VCT, rehabilitasi medic, jantung, paru, kulit, THT, radioterapi pojok DOTS, akupunktur, poli umum, ruang operasi, IGD, rawat inap, laboratorium, radiologi, pemulasaraan jenazah. | 5 tahun |
| | | Buka pelayanan sesuai ketentuan | Senin-kamis: 08.00-13.00 Jum'at-sabtu: 08.00-11.00 | 2 tahun |
| | | Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis | > 60 % | 2 tahun |
| | | Waktu tunggu di rawat jalan | < 60 menit | 4 tahun |
| | | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan Pelaporan TB | > 60 % | 2 tahun |
| | | Kepuasan pelanggan pada rawat jalan | >90 % | 3 tahun |
| | | Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan DOTS | 100 % terlayani | 1 tahun |
| | | Kegiatan penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis | < 2 hari | 2 tahun |
| 3 | Pelayanan Rawat Inap | Dokter Pemberi pelayanan di rawat inap | dokter spesialis | 5 tahun |
| | | Dokter yang bertanggung jawab pasien rawat inap | 100% | 2 tahun |
| | | Ketersediaan pelayanan rawat inap | Pelayanan Spesialis | 5 tahun |
| | | Jam visite dokter | Jam 08.00 – 14.00 | 1 tahun |
| | | Kejadian infeksi paska operasi | < 1,5 % | 2 tahun |
| | | Angka kejadian infeksi nosokomial | < 1,5 % | 2 tahun |
| | | Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian | 100 % | 2 tahun |
| | | Kematian pasien > 48 jam | < 0,25 % | 1 tahun |
| | | Kejadian pulang paksa | < 5 % | 1 tahun |
| Kepuasan pelanggan rawat inap | 90% | 4 tahun | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--|--|---|---------|
| 4 | Pelayanan Pasien Miskin | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan | 100 % terlayani | 2 tahun |
| 5 | Pelayanan Bedah Sentral | Waktu tunggu operasi efektif | > 60 % | 3 tahun |
| | | Kejadian kematian di meja operasi | < 1% | 3 tahun |
| | | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi | > 60 % | 2 tahun |
| | | Tidak adanya kejadian operasi salah orang | 100 % | 1 tahun |
| | | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi | 100 % | 1 tahun |
| | | Tidak ada kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi | 100 % | 1 tahun |
| | | Komplikas anestesi karena Overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan ETT | <6% | 2 tahun |
| 6 | Pelayanan persalinan, KIA, Perinatologi dan KB | Kejadian Kematian Ibu karena persalinan | Perdarahann <1% Preeklamsi <30% Sepsis <0.2% Partus lama <20% | 4 tahun |
| | | Pemberi pelayanan persalinan normal | Dokter SPOG, dokter umum terlatih, bidan terlatih | 2 tahun |
| | | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit | Tim PONEK terlatih | 2 tahun |
| | | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi | Dokter SPOG, dokter Anak, dokter anastesi | 2 tahun |
| | | Pertolongan persalinan melalui seksio sesaria | < 20 % | 1 tahun |
| | | Kemampuan menangani BBLR (1500-2500 g) | 100% | 5 tahun |
| | | Kematian pasien < 48 jam akibat secsio cesaria | < 0.05% | 5 tahun |
| | | Kepuasan pelanggan | ≤ 80 % | 2 tahun |
| | | Pelayanan KB mantap dan konseling KB mantap | Dokter SPOG dan Bidan terlatih | 2 tahun |
| 7 | Pelayanan Perawatan intensif | Pelanggan yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam | ≤ 30 % | 5 tahun |
| | | Pemberi pelayanan unit intensif | SpAN,dokter spesialis kasus terkait,perawat mahir ICU/ICCU/ PICU/NICU | 5 tahun |
| 8 | Pelayanan administrasi manajemen | Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala | 100% | 2 tahun |
| | | Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat | 100% | 2 tahun |
| | | Ketepatan penyusunan laporan keuangan | 100% | 2 tahun |
| | | Ketepatan waktu dan akuntabilitas kinerja | 100% | 2 tahun |
| | | Ketepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat | < 3 jam | 1 tahun |
| | | Ketepatan waktu pemberian insentif (imbalan) sesuai kesepakatan waktu | 100% | 1 tahun |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---|---|--------------------------|--------------------|
| 9 | Pelayanan Rekam medis | Kelengkapan pengisian rekam medic 24 jam setelah selesai pelayanan | 100% | 3 tahun |
| | | Kelengkapan inform consent setelah mendapatkan informasi yang jelas | 100 % | 1 tahun |
| | | Waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan | Re rata < 10 menit | 1 tahun |
| | | Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap | Re rata < 15 menit | 1 tahun |
| 10 | Pelayanan farmasi | Waktu tunggu pelayanan - resep obat jadi - resep obat racikan | < 30 menit < 60 menit | 2 tahun 2 tahun |
| | | Penulisan obat sesuai formularium | > 95% | 2 tahun |
| | | Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat | 100% | 1 tahun |
| | | Kepuasan pelanggan | > 80 % | 5 tahun |
| | | | | |
| 11 | Pelayanan "laundry" dan CSSD | Tidak adanya kejadian linen yang hilang | > 95% | 2 tahun |
| | | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rapat inap | > 95 % | 3 tahun |
| | | Mutu sterilisasi instrumen, linen dan bahan lain | 100% | 3 tahun |
| 12 | Pelayanan kedokteran forensik dan medikolegal | Waktu tanggap pemulasaraan jenazah | < 2 jam | 2 tahun |
| | | Angka kecepatan penyelesaian VeR | > 90 % | 2 tahun |
| | | Penyelesaian VeR luar < 7 hari | > 95% | 1 tahun |
| | | Penyelesaian VeR luar < 14 hari | > 90 % | 2 tahun |
| | | Jumlah pelaksanaan otopsi | > 90 % | 3 tahun |
| 13 | Pelayanan Radiologi | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto | ≤ 3 jam | 3 tahun |
| | | Kejadian kegagalan pelayanan rontgen, kerusakan foto | ≤ 2 jam | 5 tahun |
| | | Pelaksanaan ekspertisi hasil | 100 % | 5 tahun |
| | | Kepuasan pelanggan | ≥ 80% | 2 tahun |
| | | Waktu tunggu dilaksanakan pelayanan simulator | ≤ 1 jam | 5 tahun |
| | | Waktu tunggu mendapatkan pelayanan penyinaran CO60 | < 30 hari | 5 tahun |
| 14 | Pelayanan Rehabilitasi Medik | Kejadiann kegagalan pelayanan rehabilitasi medis yang direncanakan | < 50 % | 2 tahun |
| | | Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medis | 100 % | 2 tahun |
| | | Kepuasan pelanggan | > 80 % | 5 tahun |
| 15 | Pelayanan Gizi | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien | > 90 % | 2 tahun |
| | | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien | < 20 % | 2 tahun |
| | | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet | 95 % | 2 tahun |
| | | Jumlah permintaan makan yang terlayani | 100 % | 2 tahun |
| | | Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani | > 90 % | 1 tahun |
| | | Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang terlayani | > 90 % | 1 tahun |
| | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|--|--|---|------------------|
| 16 | Pelayanan Pemeliharaan Sarana.RS | Kecepatan waktu menangani kerusakan alat | > 80 % | 5 tahun |
| | | Ketepatan waktu pemeliharaan alat | 100 % | 5 tahun |
| | | Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu | 100 % | 5 tahun |
| 17 | Pelayanan Patologi Klinik | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium, kimia darah dan darah rutin cito | > 120 menit | 1 tahun |
| | | Pelaksana ekspertisi hasil | 100 % | 5 tahun |
| | | Tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium | 100 % | 5 tahun |
| | | Kepuasan pelanggan | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium patologi klinik | 5 tahun |
| 18 | Pelayanan Mikrobiologi Klinik | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik | Umum : 3x24 jam darah maksimal 7 hari | 1 tahun |
| | | Pelaksana ekspertisi hasil | Umum : 3x24 jam darah maksimal 7 hari | 5 tahun |
| | | Tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium | 100 % | 5 tahun |
| 19 | Pelayanan Patologi Anatomi | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi anatomi | Histopatologi rutin : 4x24 jam Sitologi rutin : 2x24 jam Biopsy jarum : 2 jam | 1 tahun |
| | | Pelaksana ekspertisi hasil | < 120 menit | 5 tahun |
| | | Tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium | 100 % | 5 tahun |
| 20 | Pelayanan Parasitologi & Mikologi Klinik | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium parasitologi & mikologi klinik | < 120 menit | 1 tahun |
| | | Pelaksana ekspertisi hasil | 100 % | 5 tahun |
| | | Tidak ada kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium | 100 % | 4 tahun |
| 21 | Pelayanan Bank Darah | Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi | 100 % | 4 tahun |
| | | Kejadian reaksi transfusi | < 0,01 % | 4 tahun |
| 22 | Pelayanan Sanitasi | Baku mutu limbah cair : BOD, COD, TSS, pH | < 30 mg/l, < 80 mg/l, < 30 mg/l, 6-9 | 1, 2, 2, 1 tahun |
| | | Pengolahan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan | 100 % | 1 tahun |
| 23 | Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah | Waktu pelayanan ambulans/kereta jenazah | 24 jam | 2 tahun |
| | | Kecepatan memberikan pelayanan ambulans/kereta jenazah di RS | < 30 menit (100%) | 2 tahun |
| 24 | Pencegahan & Pengendalian Infeksi | Ada anggota APD di setiap instalasi | Terlatih 75 % | 5 tahun |
| | | Tersedia APD di setiap instalasi | > 60 % | 2 tahun |
| | | Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (<i>Health care associated infection</i>) di RS | > 75 % | 4 tahun |

V. URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

A. LAYANAN 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, Breath, Circulation</i> . |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan <i>life saving</i> di Gawat Darurat |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan pelayanan <i>life saving</i> di Gawat Darurat |
| Sumber Data | : | Rekam Medik di Gawat Darurat |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpulan 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 |
| Definisi operasional | : | Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalusiap memberikan pelayanan selama 24 jam. |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif jam buka gawat darurat dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah hari dalam 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Laporan bulanan |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab Pengumpulan Data | : | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

3. Pemberian pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS yang masih berlaku |
| Dimensi mutu | : | Kompetensi teknis |
| Tujuan | : | Tersedianya pelayanan gawat darurat oleh tenaga yang kompeten dalam bidang ke gawat darurat |
| Definisi operasional | : | Tenaga kompeten di gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat BLS/PPGD/GELS/ACLS |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD |
| Denominator | : | Jumlah tenaga yang membenkan, pelayanan kegawat darurat |
| Sumber Data | : | Kepegawaian |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung Jawab Pengumpulan Data | : | Kepala Bidang Pendidikan dan Penelitian |

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Ketersediaan tim penanggulangan bencana |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan dan efektivitas |
| Tujuan | : | Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana |
| Definisi operasional | : | Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu. |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) bulan |
| Numerator | : | Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit |
| Denominator | : | Tidak ada |
| Sumber Data | : | Instalasi gawat darurat |
| Standar | : | Satu tim |
| Penanggung Jawab Pengumpulan Data | : | Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu |

5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat |
| Dimensi mutu ; | : | Keselamatan dan efektivitas |
| Tujuan | : | Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif, dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat. |
| Definisi operasional | : | Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah sejak pasien itu datang sampai mendapat pelayanan dokter. |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pasien yang di sampling (n minimal = 50) |
| Sumber Data | : | Sampel |
| Standar | : | < 5 menit terlayani setelah pasien datang |
| Penanggung Jawab Pengumpulan Data | : | Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu |

6. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

| | | |
|------------------------------|---|---|
| Judul | : | Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat |
| Dimensi mutu | : | Kenyamanan |
| Tujuan | : | Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu meningkatkan kepuasan pelanggan. |
| Definisi operasional | : | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey (n minimal = 50) |
| Sumber Data | : | Survey |
| Standar | : | > 70% |
| Penanggung Jawab Pengumpulan | : | Kepala Instalasi Gawat Darurat/Tim Mutu |

7. Kematian Pasien < 24 jam di Gawat Darurat

| | | |
|----------------------------|---|---|
| Judul | : | Kematian pasien < 24 jam di Gawat Darurat |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas dan Keselamatan |
| Tujuan | : | Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat. |
| Definisi-operasional | : | Kematian < 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam 1 setelah pasien datang |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah pasien yang meninggal dalam periode < 24 jam sejak pasien datang |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pasien yang ditangani di Gawat Darurat |
| Sumber Data | : | Rekam medic |
| Standar | : | < 2 per seribu |

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka |
| Dimensi mutu | : | Akses dan keselamatan |
| Tujuan | : | Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat |
| Definisi operasional | : | Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang Muka |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat |
| Sumber Data | : | Survey |
| Standar | : | 100% |
| Penanggung Jawab Pengumpul Data | : | Kepala IGD |

B. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi pelayanan di klinik spesialis

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul, | : | Dokter pemberi pelayanan di klinik spesialis |
| Dimensi mutu | : | Kompetensi teknis |
| Tujuan : | : | Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga dokter spesialis yang kompeten |
| Definisi operasional | : | Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan) |
| Frekuensi pengumpulan | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Data | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Periode analisis | : | Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam waktu 1 (satu) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Registrasi rawat jalan poliklinik spesialis |
| Sumber Data | : | Dokter spesialis |
| Penanggung Jawab Pengumpulan Data | : | Kepala Instalasi rawat jalan |

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul, | : | Ketersediaan. pelayanan rawat jalan |
| Dimensi mutu | : | Akses |
| Tujuan : | : | Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit |
| Definisi operasional | : | Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit |
| Frekuensi pengumpulan | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Data | : | |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jenis-jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada kualitatif |
| Denominator | : | Tidak ada |
| Sumber Data | : | Registrasi rawat jalan |
| Standar | : | Klinik: anak, jiwa, kebidanan, IGD, reab medik, penyakit dalam, bedah, syaraf, gigi, mata, VCT, jantung, paru, nyeri, kulit, THT, radioterapi, anastesi, geriatric, pojok DOTS, akupunctur, medical checkup, pemulasaraan jenazah, laboratorium, radiologi, ruang operasi, dan klinik infertilitas |
| Penanggung Jawab Pengumpulan Data | : | Kepala Instalasi rawat jalan |

3. Buka pelayanan sesuai ketentuan Judul

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul, | : | Buka pelayanan sesuai ketentuan Judul |
| Dimensi mutu | : | Akses |
| Tujuan | : | Tersedianya pelayanan rawat jalan Spesialistik pada hari kerja di setiap rumah sakit |
| Definisi operasional | : | Jam buka pelayan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesealis |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah hari pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialistik dalam 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Regristasi rawat jalan |
| Standar | : | |
| Penanggung Jawab Pengumpulan Data | : | Kepala Instalasi rawat jalan |

4. Waktu tunggu di rawat jalan

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul, | : | Waktu tunggu rawat jalan |
| Dimensi mutu | : | Akses |
| Tujuan | : | Tersedianya pelayanan rawat jalan spesealis pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien |
| Definisi operasional | : | Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesealis |
| Frekuensi pengumpulan data | : | 1bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvey |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey |
| Sumber Data | : | Survey rawat jalan |
| Standar | : | ≤ 60 menit |
| Penanggung Jawab Pengumpulan Data | : | Kepala Instalasi rawat jalan |

5. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul, | : | Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan |
| Dimensi mutu | : | Kenyaman |
| Tujuan | : | Terselenggaranya pelayan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan |
| Definisi operasional | : | Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif rata-rata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey (minimal n= 50) |
| Sumber Data | : | Survey |
| Standar | : | ≥90 % |
| Penanggung Jawab Pengumpulan Data | : | Kepala Instalasi rawat jalan |

6. Pasien rawat-jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| Judul | : | Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS |
| Dimensi mutu | : | Akses,efisiefi |
| Tujuan | : | Terselenggaranya pelayan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS |
| Definisi Operasional | : | Pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan tuberculosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis, pengobatan harus menggunakan panduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standard penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan tuberculosis nasional |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu Setiap 3 (tiga) |
| Sumber Data | : | Registrasi rawat jalan,register TB 03 UPK— |
| Standar | : | 100% |
| Penanggungjawab pengumpul data | : | Kepala instalasi rawat jalan |

7. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas, keselamatan |
| Tujuan | : | Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB |
| Definisi operasional | : | Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Sumber Data | : | Rekam medik |
| Standar | : | 60% |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala instalasi rawat jalan |

8. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberkulosis di rumah sakit

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas |
| Tujuan | : | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit |
| Definisi Operasional | : | Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat Jalan ke Rumah Sakit |
| Frekuensi pengumpulan data | : | |
| Periode analisis | : | |
| Numerator | : | Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan |
| Denominator | : | Seluruh kasus TB rawat jalan di rumah sakit. |
| Sumber Data | : | |
| Standar | : | |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | |

C. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi pelayanan di rawat inap

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Pemberi pelayanan di rawat inap |
| Dimensi mutu | : | Kompetensi teknis |
| Tujuan | : | Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi operasional | : | Pemberi pelayanan rawat inap ialah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3) |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 6 (enam) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 6 (enam) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap |
| Sumber Data | : | Kepegawaian |
| Standar | : | a. Dokter spesialis b. Perawat (minimal pendidikan D3) |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Gawat Darurat |

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

| | | |
|----------------------------|---|--|
| Judul | : | Dokter penanggung jawab pasien rawat inap |
| Dimensi mutu | : | Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | : | Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan |
| Definisi operasional | : | Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah pasien dalam Setiap 1 (satu) Bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Rekam medik |
| Standar | : | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul | : | Kepala instalasi rawat inap |

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Ketersedian pelayan rawat inap |
| Dimensi mutu | : | Akses |
| Tujuan | : | Tersedianya jenis pelayan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit |
| Definisi operasional | : | Pelayan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jenis-jenis pelayana rawat inap spesialistik yang ada |
| Denominator | : | Tidak ada |
| Sumber Data | : | Registrasi rawat inap |
| Standar | : | Pelayanan Spesialis : anak, jiwa, kebidanan, rehab medik, penyakit dalam, bedah, saraf, gigi, mata, jantung, paru, kulit, THT, radioterapi, anastesi |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala intalasi rawat inap |

4. Jam visite dokter spesialis

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Jam visite dokter spesialis |
| Dimensi mutu | : | Akses, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | : | Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan |
| Definisi operasional | : | Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Tiap hari |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei |
| Denominator | : | Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei |
| Sumber Data | : | Survey |
| Standar | : | Jam 08.00 sampai 14.00 |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala intalasi rawat inap |

5. Kejadian infeksi paska operasi

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Kejadian infeksi paska operasi |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan, kenyamanan |
| Tujuan | : | Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan paska operasi |
| Definisi operasional | : | Infeksi paska operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sanyatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai dengan rasa panas (kalor), kemerahan (rubor), pengerasan (tumor), dan keluarnya nanah(pus) dalam waktu lebih dari 3x 24 jam |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Tiap bulan |
| Periode analisis | : | Tiap bulan |
| Numerator | : | Jumlah pasien yang mengalami infeksi paska operasi dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pelaksanaan visite dokter spesealis Seluruh Pasien yang dioperasi Setiap 1 (satu) |
| Sumber Data | : | Rekam Medik |
| Standar | : | $\leq 1,5 \%$ |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Ketua Komite Medik |

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Angka kejadian infeksi nosokomial |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan pasien |
| Tujuan | : | Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial di rumah sakit |
| Definisi operasional | : | Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis dan infeksi luka operasi |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Tiap bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Survey, laporan infeksi nosokomial |
| Standar | : | $\leq 1.5 \%$ |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite Medik/Komite mutu |

7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan pasien |
| Tujuan | : | Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien |
| Definisi operasional | : | Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan atau kematian |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Tiap bulan |
| Periode analisis | : | Tiap bulan |
| Numerator | : | Jumlah pasien dirawat dalam bulsn tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan/ kematian |
| Denominator | : | Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | : | Rekam medik, laporan keselamatan pasien |
| Standar | : | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Rawat |

8. Kematian pasien > 48 jam

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Kematian pasien > 48 jam |
| Dimensi mutu | : | Kematian pasien > 48 jam |
| 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 dirumah sakit |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap \geq 48 jam satu bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | : | Rekam medik, |
| Standar | : | \leq 0.25 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Ketua Komite Medik |

9. Kejadian pulang paksa

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Kejadian pulang paksa |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | : | Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektivitas pelayanan |
| Definisi operasional | : | Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang dirawat dalam 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Rekam medik, |
| Standar | : | $\leq 5 \%$ |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Ketua Komite Medik |

10. Kepuasan pelanggan rawat inap

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Kejadian pulang paksa |
| Dimensi mutu | : | Kenyaman |
| Tujuan | : | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap |
| Definisi operasional | : | Kepuasan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif hasil penilaian keouasan dari pasien yang di survey |
| Denominator | : | Jumlah Total pasien yang di survey (n minimal = 50) |
| Sumber Data | : | Survey |
| Standar | : | $\geq 90 \%$ |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Ketua Komite Medik |

11. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS |
| Dimensi mutu | : | Akses, efisiensi |
| Tujuan | : | Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS |
| Definisi operasional | : | |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah semua pasien rawat inap TB yang ditangani dengan strategi dots |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pasien rawat inap TB yang ditangani di rumah sakit dalam waktu Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Sumber Data | : | Regristasi rawat inap, regristasi TB 03 UPK |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Rawat Inap |

12. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB |
| Dimensi mutu | : | Efektifitas, keselamatan |
| Tujuan | : | Terlaksananya diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB |
| Definisi operasional | : | Penegakan diagnosa pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah penegakan diagnosa TB di rumah sakit dalam Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah Total pasien yang di survey (n minimal = 50) |
| Sumber Data | : | Rekam medik |
| Standar | : | 60 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala IGD |

13. Kegiatan pencatatan dan pelaporan tuberkulosis di rumah sakit

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| Judul | : | Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas |
| Tujuan | : | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit |
| Definisi operasional | : | Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap di rumah sakit |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Periodeanalisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan |
| Denominator | : | Seluruh kasus TB rawat inap rumah sakit |
| Sumber Data | : | Rekam medik |
| Standar | : | 60 % |
| Penanggungjawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Rawat Inap |

D. PELAYANAN PASIEN MISKIN

1. Pelayanan terhadap pasien setiap unit pelayanan

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| Judul | : | Pelayanan terhadap pasien Gakin yang datang ke rumah sakit setiap unit layanan |
| Dimensi mutu | : | Akses |
| Tujuan | : | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin |
| Definisi operasional | : | Pasien keluarga miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu ASKESKIN |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periodeanalisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Registrasi pasien |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggungjawab pengumpul data | : | Direktur |

E. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Waktu tunggu operasi elektif |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | : | Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah |
| Definisi operasional | : | Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | : | Rekam medik |
| Standar | : | < 2 hari |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Bedah Sentral |

2. Kejadian kematian di meja operasi

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Kejadian kematian di meja operasi |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan, efektivitas |
| Tujuan | : | Tergambarnya efektivitas pelayanan bedah central dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien |
| Definisi operasional | : | Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi di meja operasi pada saat operasi berlangsung yang tidak diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Tiap bulan dan sentinel event |
| Periode analisis | : | Tiap bulan dan sentinel event |
| Numerator | : | Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Rekam medik, laporan keselamatan pasien |
| Standar | : | ≤ 1 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik |

3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Tidak adanya kejadian operasi salah sisi |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan pasien |
| Tujuan | : | Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien |
| Definisi operasional | : | Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien-dioperasi ada-sisi yang salah misalnya yang semestinya dioperasi sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Tiap bulan dan sentinel event |
| Periode analisis | : | Tiap bulan dan sentinel event |
| Numerator | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) Bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Rekam medik, laporan keselamatan pasien |
| Standar | : | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik |

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Tidak adanya kejadian operasi salah orang |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan pasien |
| Tujuan | : | Keselamatan pasien Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien |
| Definisi operasional | : | Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien-dioperasi ada-sisi yang salah misalnya yang semestinya dioperasi sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan dan sentinel event |
| Periode analisis | : | Setiap 1 (satu) Bulan dan sentinel event |
| Numerator | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) Bulan dikurangi jumlah pasien salah orang dalam waktu 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Rekam medik, laporan keselamatan pasien |
| Standar | : | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik |

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan pasien |
| Tujuan | : | Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan |
| Definisi operasional | : | Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan dan sentinel event |
| Periode analisis | : | Setiap 1 (satu) Bulan dan sentinel event |
| Numerator | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien salah orang dalam waktu 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang- dioperasi dalam waktu 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Rekam medik, laporan keselamatan pasien |
| Standar | : | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik |

6. 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 | : | Tergambarnya 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 | : | Setiap 1 (satu) Bulan dan sentinel event |
| Periode analisis | : | Setiap 1 (satu) Bulan dan sentinel event |
| 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 Setiap 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Rekam medik, laporan keselamatan pasien |
| Standar | : | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik |

7. Korriplikasi anastesi karena overdosis; reaksi anastesi dan salah penempatan *endotracheal tube*

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Komplikasi anastesi karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan. <i>endotracheal tube</i> |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan pasien |
| Tujuan | : | Tergambarnya kecermatan tindakan. Anastesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan |
| Definisi operasional | : | Kompilikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena overdosis, reaksi anastesi dan salah penempatan <i>endotracheal tube</i> |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan dan sentinel event |
| Periode analisis | : | Setiap 1 (satu) Bulan dan sentinel event |
| Numerator | : | Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anastesi dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Rekam medik |
| Standar | : | <6% |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Bedah Sentral/Komite Medik |

F. PELAYANAN PERSALINAN, KIA, PERINATOLOGI DAN KB

1. Kejadian-kematian ibu karena persalinan

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Kejadian-kematian ibu karena persalinan |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan pasien |
| Tujuan | : | Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan |
| Definisi operasional | : | Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklampsia, eklampsia, partus lama, dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang ter. jadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklampsia dan eklampsia tri smester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu : Tekanan darah sistolik > 160 mmHg dan diastolik > 110 mmHg Protein urca > 5g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif Oedem tungkai Eklampsia adalah tanda pre-eklampsi yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Tiap bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah kematian pasien persalinan karena perdarahan, pre-eklampsta/eklampsja,- partus lama, atau sepsis (masing2 penyebab) |
| Denominator | : | Jumlah pasien-pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis |
| Sumber Data | : | Rekam medik |
| Standar | : | Perdarahan < 1 %, pre-eklampsia < 30%, Sepsis < 0.2 %, Partus lama < 20% |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Komite Medik |

2. Pemberi pelayanan persalinan normal

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Pemberi pelayanan persalinan normal |
| Dimensi mutu | : | Kompetensi teknis |
| Tujuan | : | Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi operasional | : | Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter SpOG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah tenaga dokter SpOG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal |
| Denominator | : | Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal |
| Sumber Data Standar | : | Kepegawaian Dokter SpOG, dokter umum terlatih, bidan |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Komite Medik |

3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit |
| Dimensi mutu | : | Kompetensi teknis |
| Tujuan | : | Tersedianya pelayanan persalinan dengan penyulit oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi operasional | : | Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter SpOG, dokter umum, bidan dan perawat yang terlatih. Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, berat badan janin diperkirakan kurang dari 2500g, kelainan panggul, perdarahan antepartum, eklampsia dan pre-eklampsia berat, tali pusat menubung |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah persalinan dengan penyulit yang ditolong oleh dokter spesialis |
| Denominator | : | Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit |
| Sumber Data Standar | : | Kepegawaian dan Rekam medik |
| Standar | : | Tim PONEK yang terlatih |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi rawat inap |

4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi |
| Dimensi mutu | : | Kompetensi teknis |
| Tujuan | : | Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang kompeten |
| Definisi operasional | : | Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter SpOG; dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah tenaga dokter SpOG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anestesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi |
| Denominator | : | Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi |
| Sumber Data | : | Kepegawaian |
| Standar | : | Dokter SpOG; dokter SpA; dokter SpAn |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Komite Mutu |

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 g - 2500 g

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Kemampuan menanganit BBLR T5000g - 2500 g : |
| Dimensi mutu | : | Efektifitas dan keselamatan |
| Tujuan | : | Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BB LR |
| Definisi operasional | : | BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500g-2500 g |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah BBLR 1500 g - 2500 g yang berhasil ditangani |
| Denominator | : | Jumlah seluruh BBLR 1500 g - 2500 g yang ditangani |
| Sumber Data | : | Rekam medik |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Komite Medik/Komite utu |

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria |
| Dimensi mutu | : | Efektifitas, keselamatan dan efisiensi |
| Tujuan | : | Tergambarnya pertolongan persalinan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien |
| Definisi operasional | : | Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh persalinan dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Rekam medik |
| Standar | : | < 20 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Komite Mutu |

7. Keluarga berencana mantap

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Keluarga berencana mantap |
| Dimensi mutu | : | Mutu dan kesinambungan 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 | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jenis pelayanan KB mantap |
| Denominator | : | Jumlah peserta KB |
| Sumber Data | : | Rekam medik dan Laporan KB rumah sakit |
| Standar | : | Dr SpOG; bidan terlatih |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Wakil Direktur Pelayanan |

8. Kepuasan pelanggan

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Kepuasan pelanggan |
| Dimensi mutu | : | Kenyamanan |
| Tujuan | : | Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan |
| Definisi operasional | : | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses) |
| Denominator | : | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber Data | : | Survey |
| Standar | : | > 80% |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Ketua Komite Mutu |

G. PELAYANAN INTENSIF

1. Rata-rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
2. Pemberi pelayanan unit intensif

H. PELAYANAN 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 | : | Tindaklanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat Direksi adalah pelaksanaan tindaklanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Hasil keputusan pertemuan yang ditindaklanjuti dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominato | : | Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Notulen rapat |
| Standar | : | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Direktur |

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas, efisiensi |
| Tujuan | : | Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan |
| Definisi operasional | : | Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodic. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (standar pelayanan minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategic bisnis rumah sakit, dan indikator-indikator yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah. Laporan indikator kinerja minimal dilakukan Setiap 3 (tiga) Bulan sekali |
| Frekuensi pengumpulan data | : | 1-tahun |
| Periode analisis | : | 1-tahun |
| Numerator | : | Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal Setiap 3 (tiga) Bulan dalam satu tahun |
| Denominator | : | Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam 1 tahun |
| Sumber Data | : | Bidang Perencanaan |
| Standar | : | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Direktur |

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

| | |
|---------------------------------|--|
| Judul | : Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat |
| Dimensi mutu | : Efektivitas, efisiensi, kenyamanan |
| Tujuan | : Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap pegawai |
| Definisi operasional | : Usulan kenaikan pangkat dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober |
| Frekuensi pengumpulan data | : 1 tahun |
| Periode analisis | : 1 tahun |
| Numerator | : Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam 1 tahun |
| Denominator | : Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam 1 tahun |
| Sumber Data | : Bagian-Organisasi dan Kepegawaia |
| Standar | : 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala bagian organisasi dan kepegawaian |

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

| | |
|---------------------------------|---|
| Judul | : Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala |
| Dimensi mutu | : Efektivitas, kenyamanan |
| Tujuan | : Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap pegawai |
| Definisi operasional | : Kenaikan gaji berkala secara periodic sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku(UU No. 8/1974; UU No.43/1999) |
| Frekuensi pengumpulan data | : 1 tahun |
| Periode analisis | : 1 tahun |
| Numerator | : Jumlah pegawai yang mendapatkan SK kenaikan berkala tepat waktu dalam 1 tahun |
| Denominator | : Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya memperoleh kenaikan gaji berkala dalam 1 tahun |
| Sumber Data | : Bagian-Organisasi dan Kepegawaia |
| Standar | : 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | : Kepala bagian organisasi dan kepegawaian |

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun |
| Dimensi mutu | : | Kompetensi teknis |
| Tujuan | : | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas SDM |
| 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 16 jam per tahun |
| Frekuensi pengumpulan data | : | 1 tahun |
| Periode analisis | : | 1 tahun |
| Numerator | : | Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun |
| Denominator | : | Jumlah karyawan seluruh rumah sakit berkala dalam 1 tahun |
| Sumber Data | : | Bidang Pendidikan dan penelitian dan Bagian Organisasi dan Kepegawaian |
| Standar | : | ≥50% |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Bidang Pendidikan dan penelitian |

6. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan |
| Dimensi mutu | : | Efektifitas |
| Tujuan | : | Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan rumah sakit |
| Definisi operasional | : | Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 1 (satu) Bulan berikutnya |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 10 Setiap 1 (satu) Bulan berikutnya dalam Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Sumber Data | : | Bidang Akuntansi dan verifikasi |
| Standar | : | 100% |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Bidang Akuntansi dan verifikasi |

7. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap |
| Dimensi mutu | : | Evektifitas, kenyamanan |
| Tujuan | : | Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap |
| Definisi operasional | : | Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap ialah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Tiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Tiap Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Hasil pengamatan |
| Standar | : | < 3 jam |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Bidang Pengelolaan pendapatan |

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

| | | |
|----------------------------|---|--|
| Judul | : | Ketepatan waktu pemebrian 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 realisasi pendapat dan kinerja yang dicapai dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Frekuensi pengumpulan | : | Setiap 6 (enam) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 6 (enam) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif |
| Denominator | : | Setiap 6 (enam) Bulan |
| Sumber Data | : | Catatan Bidang Anggaran dan Perbendaharaan |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul | : | Kepala Bidang Anggaran dan Perbendaharaan |

I. PELAYANAN-REKAM-MEDIK

1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| Judul | : | Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan |
| Dimensi mutu | : | Kesinambungan pelayanan dan keselamatan |
| Tujuan | : | Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik |
| Definisi operasional | : | Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu < 24i jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah rekam medik yang disurvei dalam Setiap 1 (satu) Bulan yang diisi lengkap |
| Denominator | : | Jumlah rekam medik yng disurvei dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Survey |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Rekam Medik/ Wadir Pelayanan |

2. Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Kelengkapan informed concent 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 medik yang akan dilakukan |
| Definisi operasional | : | Informed Concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai. Tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah pasien yang mendapatkan tindakan medik yang disurvei yang mendapat informasi lengka sebelum 1 memberikan persetujuan tindakan medik dalam Setiap 1 |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvei dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Sumber Data | : | Survei |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Rekam Medik/Wadir Pelayanan |

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas,kenyamanan, efisiensi |
| Tujuan | : | Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rumah sakit |
| Definisi operasional | : | Dokumen rekam medik rawat jalan adalah dokumen rekam medik pasien; baru a tau pasien lama yang digunakan pada perawatan rawat jalan penyediaan dokumen mulai pasien mendaftar sampai rekam medik disediakan/ ditemukan oleh petugas |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sample rawat jalan yang diamati |
| Denominator | : | Total sample penyediaan rekam medik yang diamati (n tidak kurang dari 100) |
| Sumber Data | : | Hasil survey pengamatan pendaftaran rawat jalan untuk pasien baru/di ruang pasien lama |
| Standar | : | Re rata < 10 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Rckam Medik |

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas,kenyamanan, efisiensi |
| Tujuan | : | Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat inap |
| Definisi operasional | : | Dokumen rekam medic rawat jalan adalah dokumen rekam medik.pasien, baru atau pasien lama yang digunakan pada perawatan rawat inap. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1(satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medik sample rawat jalan yang diamati |
| Denominator | : | Total penyediaan rekam medik rawat inap yang diamati |
| Sumber Data | : | Hasil survei pengamatan di ruang pendaftaran pasien rawat jalan |
| Standar | : | Re rata < 15 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Rekam Medik |

J. PELAYANAN FARMASI

1. a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Waktu tunggu pelayanan obat jadi |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | : | Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi |
| Definisi operasional | : | Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menerima obat-jadi |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Sumber Data | : | survei |
| Standar | : | ≤30 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Rekam Medik |

1. b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Waktu tunggu pelayanan obat jadi |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | : | Tergambarnya kecepatan pelayanan Farmasi |
| Definisi operasional | : | Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyeraikan resep sampai dengan menerima obat racikan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 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 |
| Sumber Data | : | survei |
| Standar | : | ≤60 menit |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Rekam Medik |

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| Judul | : | Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan dan kenyamanan |
| Tujuan | : | Tergambarnya kejadian dalam pemberian obat |
| Definisi operasional | : | Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvei |
| Sumber Data | : | survei |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpul data | : | Kepala Instalasi Farmasi |

3. Kepuasan Pelanggan

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | : Kepuasan pelanggan |
| Dimensi mutu | : Kenyamanan |
| Tujuan | : Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi |
| Definisi operasional | : Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi |
| Frekuensi pengumpulan data | : Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam proses) |
| Denominator | : Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber data | : Survei |
| Standar | : $\geq 80\%$ |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : Kepala instalasi farmasi |

4. Penulisan resep sesuai formularium

| | |
|-----------------------------------|---|
| Judul | : Penulisan resep formularium |
| Dimensi mutu | : Efisiensi |
| Tujuan | : Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien |
| Definisi operasional | : Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit (non paviliun) |
| Frekuensi pengumpulan data | : Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : Setiap 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 (minimal 50) |
| Sumber data | : Survei |
| Standar | : $\geq 95\%$ |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : Kepala instalasi farmasi |

K. PELAYANAN LAUNDRY DAN CSSD

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 | : Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : Jumlah linen yang sebenarnya |
| Sumber data | : Survei |
| Standar | : $\geq 95\%$ |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : Kepala instalasi CSSD dan Laundry |

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rapat inap

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rapat inap |
| Dimensi mutu | : | Efisiensi dan efektivitas |
| Tujuan | : | Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry |
| Definisi operasional | : | Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditentukan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah hari dalam 1 (satu) Bulan dengan penyediaan linen tepat waktu |
| Denominator | : | Jumlah hari dalam 1 (satu) Bulan |
| Sumber data | : | Survei |
| Standar | : | ≥ 95 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instalasi CSSD dan Laundry |

3. Mutu sterilisasi instrumen, linen dan bahan

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Mutu sterilisasi, linen dan bahan |
| Dimensi mutu | : | Efisiensi dan efektivitas |
| Tujuan | : | Agar mutu sterilisasi instrument, linen dan bahan dapat dipertanggungjawabkan |
| Definisi operasional | : | Mutu sterilisasi instrument, linen dan bahan adalah angka yang menunjukkan sterilisasi instrument, linen dan bahan yang disterilkan oleh CSSD pada periode tertentu |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah instrument, linen dan bahan yang steril pada periode waktu tertentu |
| Denominator | : | Jumlah seluruh instrument, linen dan bahan yang disterilkan pada periode waktu tertentu |
| Sumber data | : | Survei |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instansi CSSD dan Laundry |

L. PELAYANAN KEDOKTERAN FORENSIK & MEDIKO LEGAL

1. Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah |
| Dimensi mutu | : | Kenyamanan |
| Tujuan | : | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaran pemulasaran jenazah |
| Definisi operasional | : | Waktu tanggap pelayanan pemulasaran jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Total kumulatif waktu pemulasaran jenazah pasien yang diamati dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Total pasien yang diamati dalam 1 (satu) Bulan |
| Sumber data | : | Hasil pengamatan |
| Standar | : | ≤ 2 jam |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala intalasi kedokteran forensik dan medikolegal |

2. Angka kecepatan waktu penyelesaian VeR

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Angka kecepatan waktu penyelesaian VeR |
| Dimensi mutu | : | <i>Timeliness</i> |
| Tujuan | : | Agar pelayanan penyelesaian VeR dapat diselesaikan dengan cepat dan tepat |
| Definisi operasional | : | Angka kecepatan waktu penyelesaian VeR adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan VeR |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah penyelesaian VeR |
| Denominator | : | Jumlah seluruh permintaan |
| Sumber data | : | Survei |
| Standar | : | ≥ 90 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala intalasi kedokteran forensik dan medikolegal |

3. Penyelesaian VeR luar sama atau kurang dari 7 hari

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Penyelesaian VeR luar sama atau kurang dari 7 hari |
| Dimensi mutu | : | Kecepatan pelayanan |
| Tujuan | : | Agar penyelesaian VeR luar dapat diselesaikan dengan cepat dan tepat |
| Definisi operasional | : | Penyelesaian VeR luar adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan pemeriksaan VeR luar |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 6 (enam) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah penyelesaian VeR luar yang kurang atau sama dengan 7 (tujuh) hari |
| Denominator | : | Jumlah seluruh permintaan pemeriksaan VeR luar |
| Sumber data | : | Survei |
| Standar | : | ≥ 95 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala intalasi kedokteran forensik dan medikolegal |

4. Kecapatan penyelesaian VeR luar dan dalam sama dengan atau kurang dari 14 hari

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Kecapatan penyelesaian VeR luar dan dalam sama dengan atau kurang dari 14 hari |
| Dimensi mutu | : | <i>Timeliness</i> |
| Tujuan | : | Agar penyelesaian VeR luar dapat diselesaikan dengan cepat dan tepat |
| Definisi operasional | : | Kecepatan penyelesaian VeR luar dan dalam adalah waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan VeR |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 6 (enam) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah penyelesaian VeR luar dan dalam yang kurang atau sama dengan 14 hari |
| Denominator | : | Jumlah seluru permintaan pemeriksaan VeR luar dan dalam |
| Sumber data | : | Survei |
| Standar | : | ≥ 95 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala intalasi radiologi |

5. Jumlah pelaksanaan otopsi

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Jumlah pelaksanaan otopsi |
| Dimensi mutu | : | Efisiensi, efektif, tepat |
| Tujuan | : | Agar pelaksanaan otopsi sesuai dengan permintaan otopsi |
| Definisi operasional | : | Jumlah pelaksanaan otopsi adalah jumlah permintaan otopsi yang selesai dilakukan otopsi |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 6 (enam) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah pelaksanaan otopsi yang dilaksanakan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh permintaan otopsi |
| Sumber data | : | Survei |
| Standar | : | $\geq 90\%$ |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instalasi kedokteran forensik dan medikolegal |

M. PELAYANAN RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan foto thorax

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Waktu hasil tunggu pelayanan hasil tunggu foto thorax |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | : | Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi |
| Definisi operasional | : | Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspedisi |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut |
| Sumber data | : | Rekam medik |
| Standar | : | ≤ 3 jam |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instalasi radiologi |

2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen |
| Dimensi mutu | : | Kompetensi teknis |
| Tujuan | : | Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis |
| Definisi operasional | : | Pelaksanaan ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang diminta |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 (satu) Bulan |
| Sumber data | : | Register di instalasi radiologi |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instalasi radiologi |

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Kejadian kegagalan pelayanan rontgen |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas dan efisiensi |
| Tujuan | : | Tergambarnya efektivitas dan efisiensi pelayanan rontgen |
| Definisi operasional | : | Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah foto yang tidak dapat dibaca dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Sumber data | : | Register radiologi |
| Standar | : | $\leq 2 \%$ |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instalasi radiologi |

4. Kepuasan pelanggan

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Kepuasan pelanggan |
| Dimensi mutu | : | Kenyamanan |
| Tujuan | : | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi |
| Definisi operasional | : | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas |
| Denominator | : | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber data | : | Survei |
| Standar | : | $\leq 80 \%$ |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instalasi radiologi |

5. Waktu tunggu dilakukan pelayanan Simulator

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Waktu tunggu dilakukan pelayanan simulator |
| Dimensi mutu | : | Kecepatan dan ketepatan (Kenyamanan) |
| Tujuan | : | Agar terlaksananya pelayanan simulator dapat dilakukan dengan cepat dan akurat |
| Definisi operasional | : | Waktu tunggu dilakukan pelayanan simulator adalah waktu yang dibutuhkan untuk menunggu sejak pasien datang (registrasi) sampai dilakukan pelayanan simulator |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah komulatif waktu tunggu setiap pasien yang dilakukan pelayanan simulator dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang di survei pada bulan tersebut (n minimal 50) |
| Sumber data | : | Survei |
| Standar | : | ≤ 1 jam |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instalasi radiologi |

6. Waktu tunggu mendapatkan pelayanan penyinaran Co60

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Waktu tunggu mendapatkan pelayanan penyinaran Co60 |
| Dimensi mutu | : | Kecepatan dan ketepatan diagnosa (kenyamanan) |
| Tujuan | : | Agar pelayanan penyinaran dapat di terima pasien secepatnya |
| Definisi operasional | : | Waktu tunggu mendapatkan pelayanan Penyinaran Co60 adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk menunggu sejak mendaftar sampai waktu pelaksanaan penyinaran sesuai yang di jadwalkan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 2 (dua) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah komulatif waktu tunggu pelayanan penyinaran Co60 dari pasien yang disurvei dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang disurvei dalam Setiap 1 (satu) Bulan tersebut |
| Sumber data | : | Survei dan rekam medik |
| Standar | : | ≤ 30 hari |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instalasi radiologi |

7. Waktu tunggu dilakukan penyinaran Co60

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Waktu tunggu dilakukan penyinaran Co60 |
| Dimensi mutu | : | Kecepatan dan ketepatan diagnosa (kenyamanan) |
| Tujuan | : | Agar pelaksanaan penyinaran dapat dilakukan dengan cepat dan akurat |
| Definisi operasional | : | Waktu tunggu dilakukan penyinaran Co60 adalah waktu yang dibutuhkan untuk menunggu sejak pasien datang (registrasi sesuai jadwal) sampai dilakukan penyinaran |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah komulatif waktu tunggu dilakukan penyinaran Co60 dari pasien yang disurvei dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang disurvei dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Sumber data | : | Survei dan rekam medik |
| Standar | : | ≤ 30 menit |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instalasi radiologi |

N. PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan |
| Dimensi mutu | : | Kesinambungan pelayanan dan efektivitas |
| Tujuan | : | Tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai dengan yang direncanakan |
| Definisi operasional | : | Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 6 (enam) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah pasien yang didrop out dalam Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Sumber data | : | Rekam medik |
| Standar | : | ≤ 50 % |
| Penanggung jawab pengumpulan 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 medik |
| Definisi operasional | : | Kesalahan tindakan rehabilitasi medik adalah kesalahan memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabilitasi medik yang diperlukan yang tidak sesuai dengan rencana asuhan dan/atau tidak sesuai dengan pedoman/standar pelayanan rehabilitasi medik |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam Setiap 1 (satu) Bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan rehabilitasi medik dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang diprogram rehabilitasi medik dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Sumber data | : | Rekam medik |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instalasi rehabilitasi medik |

3. Kepuasan Pelanggan

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Kepuasan pelanggan |
| Dimensi mutu | : | Kenyamanan |
| Tujuan | : | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik |
| Definisi operasional | : | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitasi medik |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen) |
| Denominator | : | Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50) |
| Sumber data | : | Survei |
| Standar | : | ≤ 80 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instalasi rehabilitasi medik |

O. PELAYANAN GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas, akses, kenyamanan |
| Tujuan | : | Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi |
| Definisi operasional | : | Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah pasien rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei |
| Sumber data | : | Survei |
| Standar | : | ≥ 90 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap |

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas dan efisiensi |
| Tujuan | : | Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi |
| Definisi operasional | : | Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan pedoman asuhan gizi rumah sakit) |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah komulatif porsi sisa makanan dari pasien yang di survei dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) Bulan |
| Sumber data | : | Survei |
| Standar | : | ≤ 20 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap |

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian Diet

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Tidak adanya kesalahan dalam pemberian Diet |
| Dimensi mutu | : | Kecamatan efisiensi |
| Tujuan | : | Tergambarnya kesalahan efisiensi pelayanan instalasi gizi |
| Definisi operasional | : | Tidak adanya kesalahan dalam pemberian Diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah pemberian makanan yang di survei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang disurvei dalam 1 (satu) Bulan |
| Sumber data | : | Registrasi permintaan makanan pasien |
| Standar | : | 95 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap |

4. Jumlah permintaan makan yang terlayani

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Jumlah permintaan makan yang terlayani |
| Dimensi mutu | : | Ketepatan pemberian |
| Tujuan | : | Agar permintaan makan pasien dapat terlayani |
| Definisi operasional | : | Jumlah permintaan makan yang terlayani adalah jumlah permintaan makan pasien ke instalasi gizi yang dapat dilayani pada periode waktu tertentu |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah permintaan makan pasien yang terlayani pada periode waktu tertentu |
| Denominator | : | Jumlah seluruh permintaan yang masuk pada periode waktu tertentu |
| Sumber data | : | Registrasi permintaan makanan pasien |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap |

5. Jumlah Konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Jumlah Konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani |
| Dimensi mutu | : | Kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | : | Agar konsultasi gizi rawat jalan dapat terlayani |
| Definisi operasional | : | Jumlah konsultasi gizi rawat jalan yang terlayani adalah jumlah pasien rawat jalan yang memerlukan pelayanan konsultasi gizi yang dapat dilayani oleh petugas pada periode waktu tertentu |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah permintaan konsultasi gizi dirawat jalan yang dilayani pada periode waktu tertentu |
| Denominator | : | Jumlah seluruh permintaan konsultasi gizi rawat jalan pada periode waktu tertentu |
| Sumber data | : | Registrasi permintaan konsultasi gizi rawat jalan |
| Standar | : | ≥ 90 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instalasi Gizi |

6. Jumlah Konsultasi gizi rawat inap yang terlayani

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Jumlah Konsultasi gizi rawat inap yang terlayani |
| Dimensi mutu | : | Kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | : | Agar konsultasi gizi rawat inap dapat terlayani |
| Definisi operasional | : | Jumlah konsultasi gizi rawat inap yang terlayani adalah jumlah pasien rawat jalan yang memerlukan pelayanan konsultasi gizi yang dapat dilayani oleh petugas pada periode waktu tertentu |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah permintaan konsultasi gizi dirawat inap yang dilayani pada periode waktu tertentu |
| Denominator | : | Jumlah seluruh permintaan konsultasi gizi rawat inap pada periode waktu tertentu |
| Sumber data | : | Registrasi permintaan konsultasi gizi rawat inap |
| Standar | : | $\geq 90 \%$ |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala instalasi Gizi |

P. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menangani kerusakan alat

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Kecepatan waktu menangani kerusakan alat |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | : | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menangani kerusakan alat |
| Definisi operasional | : | Kecepatan waktu menangani kerusakan alat adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 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 |
| Sumber data | : | Catatan laporan kerusakan alat |
| Standar | : | $\geq 80 \%$ |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit |

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Ketepatan waktu pemeliharaan alat |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan |
| Tujuan | : | Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat |
| Definisi operasional | : | Ketepatan waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai dengan ketentuan yang berlaku |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam 1 (satu) Bulan |
| Sumber data | : | Register pemeliharaan alat |
| Standar | : | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit |

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

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan dan efektivitas |
| Tujuan | : | Tergambarnya akurasi alat laboratorium (dan alat ukur yang lain) |
| Definisi operasional | : | Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan pelayanan laboratorium (dan alat ukur yang lain) oleh balai pengamanan fasilitas kesehatan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Tahun |
| Periode analisis | : | Setiap 1 (satu) Tahun |
| Numerator | : | Jumlah seluruh alat laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang dikalibrasi tepat waktu dalam Setiap 1 (satu) Tahun |
| Denominator | : | Jumlah alat laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang perlu dikalibrasi dalam Setiap 1 (satu) Tahun |
| Sumber data | : | Buku Registrasi |
| Standar | : | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit |

Q. PELAYANAN PATOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium cito

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium cito |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | : | Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium |
| Definisi operasional | : | Periksa laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium cito. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu sample diterima oleh petugas laboratorium cito hingga pemeriksaan selesai dikerjakan |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 6 (enam) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah komulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang diperiksa dilaboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Sumber data | : | Survei |
| Standar | : | ≥ 120 menit |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Laboratorium patologi klinik |

2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium |
| Dimensi mutu | : | Kompetensi teknis |
| Tujuan | : | Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosa |
| Definisi operasional | : | Pelaksanaan ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium patologi klinik dalam 1 (satu) Bulan |
| Sumber data | : | Register diinstalasi Lab. Patologi klinik |
| Standar | : | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Laboratorium patologi klinik |

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan lab Patologi Klinik

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan lab Patologi Klinik |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan |
| Tujuan | : | Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium patologi klinik |
| Definisi operasional | : | Kesalahan penyerahan hasil laboratorium patologi klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah seluruh pasien yg diperiksa laboratorium patologi klinik dalam 1 (satu) Bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah seorang dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah yang diperiksa di patologi klinik dalam 1 (satu) Bulan tersebut |
| Sumber data | : | Rekam medik |
| Standar | : | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Laboratorium patologi klinik |

4. Kepuasan pelanggan

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Kepuasan pelanggan |
| Dimensi mutu | : | Kenyamanan |
| Tujuan | : | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan patologi klinik |
| Definisi operasional | : | Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puan oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium patologi klinik |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dan pasien yang di survey |
| Denominator | : | Jumlah total pasien yang di survey (n=minimal 50) |
| Sumber data | : | Survey |
| Standar | : | Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium patologi klinik |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Laboratorium patologi klinik |

R. PELAYANAN MIKROBIOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | : | Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik |
| Definisi operasional | : | Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium mikrobiologi klinik. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah discpakati |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 6 (enam) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium patologi anotomi dalam |
| Sumber data | : | Survey |
| Standar | : | Umum : 3 X24 jam darah maksimal 7 hari |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik |

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium |
| Dimensi mutu | : | Kompetensi teknis |
| Tujuan | : | Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosa |
| Definisi operasional | : | Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis mikrobiologi klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis mikrobiologi klinik dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium mikrobiologi klinik dalam |
| Sumber data | : | Regristasi di Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik |
| Standar | : | Umum : 3 X24 jam darah maksimal 7 hari |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik |

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan lab Mikrobiologi Klinik

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan lab Mikrobiologi Klinik |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan |
| Tujuan | : | Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium mikrobiologi klinik |
| Definisi operasional | : | Kesalahan penyerahan hasil laboratorium mikrobiologi klinik adalah penyerahan hasil laboratorium mikrobiologi klinik pada salah orang |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium mikrobiologi klinik dalam 1 (satu) Bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium mikrobiologi klinik dalam 1 (satu) Bulan tersebut |
| Sumber data | : | Rekam Medik |
| Standar | : | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Laboratorium Mikrobiologi Klinik |

S. PELAYANAN PATOLOGI ANATOMI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi anatomi

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium patologi anatomi |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | : | Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium patologi klinik |
| Definisi operasional | : | Pemeriksaan laboratorium, yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium patologi anatomi. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sampel sampai dengan menerima hasil yang sudah disepakati |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 6 (enam) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut |
| Sumber data | : | Survey |
| Standar | : | Histopatologi rutin : 4 X 24 jam , Sitologi rutin : 2 X24 jam, Biopsi jarum 2 jam |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi |

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| Judul | | Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium |
| Dimensi mutu | | Kompetensi teknis |
| Tujuan | | Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosa |
| Definisi operasional | | Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi anatomi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta |
| Frekuensi pengumpulan data | | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | | Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi anatomi dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | | Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium patologi anatomi dalam |
| Sumber data | | Survey |
| Standar | | ≤ 120 menit |
| Penanggung jawab pengumpulan data | | Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi |

3. Tidak adanya kesalahan penyerahart hasil pemeriksaan lab Patologi Anatomi

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Tidak adanya kesalahan penyerahart hasil pemeriksaan lab Patologi Anatomi |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan |
| Tujuan | : | Tergamharnya ketelitian pelayanan laboratorium Patologi Anatomi |
| Definisi operasional | : | Kesalahan penyerahan hasil laboratorium patologi anatomi adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium patologi anatomi dalam 1 (satu) Bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium Patologi Anatomi dalam 1 (satu) Bulan tersebut |
| Sumber data | : | Rekam Medik |
| Standar | : | 100% |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi |

T. PELAYANAN PARASITOLOGI DAN MIKOLOGI KLINIK

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik |
| Dimensi mutu | : | Efektivitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi |
| Tujuan | : | Tergamarnya kecepatan pelayanan laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik |
| Definisi operasional | : | Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah disepakati |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 6 (enam) 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 |
| Sumber data | : | Survei |
| Standar | : | ≤ 120 menit |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik |

2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium |
| Dimensi mutu | : | Kompetensi teknis |
| Tujuan | : | Pembacaan dan verifikasi hasil pemerikiaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosa |
| Definisi operasional | : | Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis Parasitologi dan Mikologi Klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi dan Mikologi Klinik dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik dalam s-atu bulan |
| Sumber data | : | Registrasi di Instalasi- laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klnik |

3. Tidak adanya kesalahpenyerahan hasil pemeriksaan laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan |
| Tujuan | : | Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik |
| Definisi operasional | : | Kesalahan penyerahan hasil laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Tumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik dalam 1 (satu) Bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium parasitologi dan Mikologi klinik dalam 1 (satu) Bulan tersebut |
| Sumber data | : | Rekam medik |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klnik |

U. PELAYANAN BANK DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan dan kesinambungan |
| Tujuan | : | Agar pasien mendapatkan darah sesuai dengan kebutuhannya |
| Definisi operasional | : | Kemampuan Bank Darah Rumah Saki dalam memenuhi permintaan kebutuhan darah |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh permintaan darah dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Sumber data | : | Survei |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Laboratorium Parasitologi dan Mikologi Klinik |

V. PELAYANAN SANITASI

1. Baku mutu limbah cair

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Baku mutu limbah cair |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan |
| Tujuan | : | Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit |
| Definisi operasional | : | Baku mutu adalah standard minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditoleris dan diukur dengan indikator : BOD (<i>Biological Oxygen Demand</i>); 30 mg/lt COD [<i>Chemical Oxygen Demand</i>]; 80 mg/lt TSS (<i>Total Suspended Solid</i>) : 30 mg/lt i DH : 6-9 |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Hasil pemeriksaan laboratorium limbah cair rumah sakit ygng sesuai dengan baku mutu |
| Denominator | : | Jurplah sejouruh pemeriksaan limbah cair |
| Sumber data | : | Hasil Pemeriksaan |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Sanitasi |

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan |
| Dimensi mutu | : | Keselamatan |
| Tujuan | : | Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit |
| Definisi operasional | : | Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit/dan atau dapat mencederai, antara lain : Sisa jarum suntik, Sisa ampul, Kasa bekas dan Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya yang harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah limbah padat yang dikelola sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang diamati |
| Denominator | : | Jumlah total proses pengolahan limbah padat yang diamati |
| Sumber data | : | Hasil Pengamatan |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Instalasi Sanitasi |

W. PELAYANAN AMBULANCE / KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah |
| Dimensi mutu | : | Akses |
| Tujuan | : | Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan |
| Definisi operasional | : | Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah had dalam bulan tersebut |
| Sumber data | : | IGD |
| Standar | : | 24 jam |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Urusan Kendaraan |

2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance / kereta jenazah di rumah sakit

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah di rumah sakit |
| Dimensi mutu | : | Kenyamanan Keselamatan |
| Tujuan | : | Tergambarnya ketanggapan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance/kereta jenazah |
| Definisi operasional | : | Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai permintaan ambulance/kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance / kereta jenazah. Maksimal 30 menit |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah penyediaan ambulance/kereta jenazah yang tepat waktu dalam Setiap 1 (satu) Bulan |
| Denominator | : | Jumlah seluruh permintaan ambulance kereta jenazah dalam 1 (satu) Bulan |
| Sumber data | : | Catatan penggunaan ambulance kereta jenazah |
| Standar | : | 100 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Kepala Urusan Kendaraan |

X. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Tim PPI

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Tersedianya anggota Tim PPI RS yang terlatih |
| Dimensi mutu | : | Kompetensi teknis |
| Tujuan | : | Tersedianya anggota Tim PPI RS yang kompeten untuk melaksanakan tugas tugas PPI RS |
| Definisi operasional | : | Adalah anggota Tim PPI RS yang mengikuti pendidikan dan pelatihan Dasar dan lanjutan PPI |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap 3 (tiga) Bulan |
| Periode analisis | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah anggota Tim PPI RS yang sudah terlatih |
| Denominator | : | Jumlah seluruh permintaan ambulance kereta jenazah dalam 1 (satu) Bulan |
| Sumber data | : | Kepegawaian |
| Standar | : | 75 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Ketua Komite PPI RS |

2. Ketersediaan Alat Pelindung Diri

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Judul | : | Ketersediaan Alat Pelindung Diri |
| Dimensi mutu | : | Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung |
| Tujuan | : | Tersedianya APD di setiap instalasi RS |
| Definisi operasional | : | alat terstandar yang berguna 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 | : | Setiap hari |
| Periode analisis | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Numerator | : | jumlah instalasi yang menyediakan APD |
| Denominator | : | Jumlah instalasi di rumah sakit |
| Sumber data | : | Survei |
| Standar | : | 60 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Tim PPI RS |

3. Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di rumah sakit

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| Judul | : | Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Infeksi Nosokomial di rumah sakit |
| Dimensi mutu | : | Keamanan pasien, petugas dan pengunjung |
| Tujuan | : | Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit |
| Definisi operasional | : | Kegiatan pengamatan factor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (<i>check list</i>) pada instalasi yang tersedia di RS. Minimal 1 parameter (ILO/ infeksi luka operasi, ILI/ infeksi luka infuse, VAP/ ventilator associated pneumonie |
| Frekuensi pengumpulan data | : | Setiap hari |
| Periode analisis | : | Setiap 1 (satu) Bulan |
| Numerator | : | Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan |
| Denominator | : | Jumlah instalasi tersedia |
| Sumber data | : | Survei |
| Standar | : | 75 % |
| Penanggung jawab pengumpulan data | : | Tim PPI RS |

BUPATI SITUBONDO,


 DADANG WIGIARTO