



BUPATI BARITO KUALA
PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

PERATURAN BUPATI BARITO KUALA
NOMOR 53 TAHUN 2016

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH H. ABDUL AZIZ MARABAHAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BARITO KUALA

- Menimbang :
- a. bahwa pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat yang wajib disediakan oleh pemerintah daerah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat;
 - b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan perlu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu sehingga diperlukan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 - c. bahwa sebagai tindak lanjut ketentuan Pasal 55 ayat (1) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, dipandang perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Aziz Marabahan Kab. Barito Kuala;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Aziz Marabahan.
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);
 2. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

3. Undang – Undang Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 23 tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502);
6. 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 4585);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintah Antara pemerintah , Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
8. 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);
9. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
10. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;

12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 228 / Menkes / SK / III / 2002 Tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129 / Menkes / SK / II / 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
14. Peraturan Daerah Kabupaten Barito Kuala Nomor 17 Tahun 2010 Tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis (Lembaran Daerah Kabupaten Barito Kuala Tahun 2010 No.171)

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BADAN LAYANAN UMUM DAERAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH H. ABDUL AZIZ MARABAHAN.

BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1

Dalam peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Barito Kuala
2. Bupati adalah Bupati Kabupaten Barito Kuala
3. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
4. Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD RSUD adalah Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Aziz Marabahan Kabupaten Barito Kuala
5. Pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Daerah H. Abdul Aziz Marabahan Kabupaten Barito Kuala kepada masyarakat yang meliputi pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan pelayanan administrasi manajemen.
6. Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolak ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD H. Abdul Aziz Marabahan kepada masyarakat.
7. Jenis pelayanan adalah jenis – jenis pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada masyarakat.
8. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjukkan 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 penyelenggaraannya sesuai dengan standardan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
9. Dimensi mutu adalah suatu pandangan dalam menentukan penilaian terhadap jenis dan mutu pelayanan dilihat dari akses, efektifitas, efisiensi, keselamatan dan keamanan, kenyamanan, kesinambungan

- pelayanan, kompetensi teknis dan hubungan antar manusia berdasar standar WHO.
10. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
 11. 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.
 12. Standar adalah nilai tertentu yang ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
 13. Definisi operasional adalah uraian yang dimaksud untuk menjelaskan pengertian dari
 14. indikator.
 15. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
 16. Periode analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
 17. Pembilang (Numerator) adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
 18. Penyebut (Denominator) adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
 19. Target atau nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
 20. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

BAB II MAKSUD DAN TUJUAN

Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkan SPM adalah untuk memberikan panduan bagi BLUD RSUD dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- (2) Tujuan ditetapkan SPM adalah untuk meningkatkan dan menjamin mutu kualitas pelayanan kesehatan kepada Masyarakat.

BAB III Bagian Kesatu Jenis Pelayanan

Pasal 3

- (1) RSUD H.Abdul Aziz Marabahan mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif), pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya pencegahan (preventif), promosi (promotif), upaya rujukan, menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta pengabdian masyarakat.

- (2) Jenis pelayanan untuk RSUD H.Abdul Aziz Marabahan meliputi:
- a. Pelayanan Gawat Darurat;
 - b. Pelayanan Rawat Jalan;
 - c. Pelayanan Rawat Inap;
 - d. Pelayanan Bedah;
 - e. Pelayanan Persalinan Dan Perinatologi;
 - f. Pelayanan Intensif;
 - g. Pelayanan Radiologi;
 - h. Pelayanan Laboratorium;
 - i. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
 - j. Pelayanan Farmasi;
 - k. Pelayanan Gizi;
 - l. Pelayanan Transfusi Darah;
 - m. Pelayanan Keluarga Miskin;
 - n. Pelayanan Rekam Medis;
 - o. Pelayanan Limbah;
 - p. Pelayanan Administrasi Manajemen;
 - q. Pelayanan Ambulance / Kereta Jenazah;
 - r. Pelayanan Pemulasaran Jenazah;
 - s. Pelayanan Laundry;
 - t. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit; dan
 - u. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

Bagian Kedua
Indikator, Standar, Uraian Standar Pelayanan Minimal
Dan Tahapan Waktu Pencapaian

Pasal 4

Indikator, Standar, Uraian SPM dan Tahapan Waktu Pencapaian tercantum dalam lampiran 1, Lampiran II Dan Lampiran III yang merupakan bagian yang tidak dipisahkan dari Peraturan Bupati ini.

BAB IV
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) RSUD H.Abdul Aziz Marabahan yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK BLUD) wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan Standar Pelayanan Minimal sesuai dengan peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur atau pimpinan RSUD H.Abdul Aziz Marabahan bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan yang dipimpinnya sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB V
PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Direktur RSUD selaku pimpinan RSUD H.Abdul Aziz Marabahan menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran, Target serta Upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan tahunan rumah sakit yang dipimpin berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan dan administrasi manajemen RSUD H.Abdul Aziz Marabahan menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran, Target, Serta Upaya dan Pelaksanaan Peningkatan Mutu Pelayanan Tahunan Rumah Sakit yang dipimpinnya berdasarkan Standar Pelayanan Minimal.
- (3) Setiap pelaksanaan pelayanan, menyelenggarakan pelayanan yang menjadi tugasnya sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu
Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan RSUD H.Abdul Aziz Marabahan yang menerapkan PPK BLUD dilakukan oleh Kepala Daerah melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitas, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:
 - a. Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai Standar Pelayanan Minimal.
 - b. Penyusunan Rencana Pencapaian, Standar Pelayanan Minimal dan Penetapan Tahapan Pencapaian Standar Pelayanan Minimal.
 - c. Penilaian prestasi kerja pencapaian Standar Pelayanan Minimal
 - d. Pelaporan prestasi kerja Standar Pelayanan Minimal.

Bagian Kedua
Pengawasan

Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh Pengawas Internal.
- (2) Pengawas internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan langsung di bawah Direktur atau pimpinan BLUD RSUD H.Abdul Aziz Marabahan.

Pasal 9

- (1) Pengawas Internal sebagaimana dimaksud dalam pasal 8 ayat (1) bersama sama jajaran manajemen RSUD H.Abdul Aziz Marabahan menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal.

Pasal 10

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap BLUD RSUD selain dilakukan oleh Pejabat Pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud dalam pasal 7, pasal 8 dan pasal 9 dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah yang bertugas melakukan pengawasan terhadap pengelola BLUD RSUD H. Abdul Aziz Marabahan.

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam pasal 7, pasal 8, pasal 9 dan pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional BLUD RSUD H. Abdul Aziz Marabahan yang ditetapkan dalam Rencana Bisnis dan Anggaran BLUD RSUD H. Abdul Aziz Marabahan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

BAB VII
KETENTUAN PENUTUP

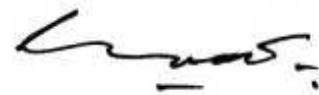
Pasal 12

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

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

Ditetapkan di Marabahan
Pada tanggal 3 Desember 2016

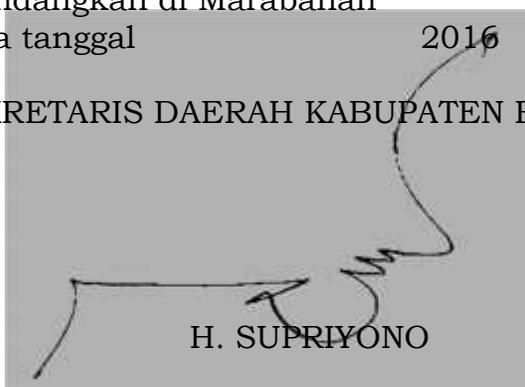
BUPATI BARITO KUALA,



H.HASANUDDIN MURAD

Diundangkan di Marabahan
Pada tanggal 2016

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BARITO KUALA



H. SUPRIYONO

BERITA DAERAH KABUPATEN BARITO KUALA TAHUN 2016 NOMOR 53

**Lampiran I : Peraturan Bupati Barito Kuala
Nomor 53 Tahun 2016
Tanggal 3 Desember 2016**

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN STANDAR

Jenis Pelayanan	S P M	
	Indikator	Standar
Gawat Darurat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa 2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat 3. Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS, BTLS, ACTLS, PPGD. 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana 5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat 6. Kepuasan Pelanggan pada Instalasi Gawat Darurat 7. Kematian pasien 24 Jam 8. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % 2. 24 Jam 3. 100 % 4. satu tim 5. 5 menit terlayani, setelah pasien datang 6. 80 % 7. 2 % (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam) 8. 100 %
Rawat Jalan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis 2. Ketersediaan Pelayanan 3. Jam buka pelayanan 4. Waktu tunggu di rawat jalan 5. Kepuasan Pelanggan 6. Pelayanan TB <ol style="list-style-type: none"> a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % Dokter Spesialis 2. 100% <ol style="list-style-type: none"> a. Poli Umum b. Poli Anak c. Poli P. Dalam d. Poli Kebidanan e. Poli Bedah f. Poli Mata g. Poli THT h. Poli Gigi i. Poli Reh. Medik j. Poli Syaraf 3. 100 % 4. 60 menit 5. 80 % 6. 100 % <ol style="list-style-type: none"> a. 60 %

	<p>mikroskopis TB</p> <p>b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit</p>	<p>b. 60 %</p>
Rawat Inap	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap 2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap 4. Jam Visite Dokter Spesialis 5. Kejadian infeksi pasca operasi 6. Kejadian Infeksi Nosokomial 7. Angka kejadian luka dekubitus 8. Angka kejadian phlebitis 9. Tidak adanya kejadian Pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian 10. Kematian pasien > 48 jam 11. Kejadian pulang paksa 12. Kepuasan pelanggan rawat inap 13. Rawat Inap TB <ol style="list-style-type: none"> a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. a. 100% Dr. Sp. 2. 100 % 3. 100 % <ol style="list-style-type: none"> a. Anak b. Peny. Dalam c. Kebidanan d. Bedah e. Syaraf f. Mata g. THT h. Patologi Anatomi i. Patologi klinis 4. 100 % 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja 5. 1,5 % 6. 1,5 % 7. 2 % 8. 2 % 9. 100 % 10. 0,24% 11. 5% 12. 80% a. 60% b. 60 %
Bedah Sentral (Bedah saja)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu operasi elektif 2 hari 2. Kejadian Kematian di meja operasi 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4. Tidak adanya kejadian operasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 90 % 2. 1 % 3. 100 % 4. 100 %

	<p>salah orang</p> <p>5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi</p> <p>6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi</p> <p>7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube</p>	<p>5. 100 %</p> <p>6. 100 %</p> <p>7. 6 %</p>
Pelayanan Persalinan dan perinatologi	<p>1. Kejadian kematian ibu karena persalinan</p> <p>2. Pemberi pelayanan persalinan normal</p> <p>3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit</p> <p>4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi</p> <p>5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr - 2500 gr</p> <p>6. Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria</p> <p>7. Kepuasan Pelanggan</p> <p>a. Keluarga Berencana</p> <p>b. Konseling KB mantap</p>	<p>1. a. Perdarahan 1 % b. Pre-eklampsia 30 % c. Sepsis 0,2 % d. partus lama 20 %</p> <p>2. a. 100%Dr Sp.OG b. 100%Bidan</p> <p>3. 100%Tim PONEK yang terlatih</p> <p>4. a.100% Dr Sp.OG b.100% Dr. SpA</p> <p>5. 100 %</p> <p>6. 20 %</p> <p>a.100 % b.100 %</p>
Pelayanan Intensif	<p>1. Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam</p> <p>2. Pemberi pelayanan Unit Intensif</p> <p>3. Tersedianya kasus dekubitus sesuai jumlah tempat tidur</p> <p>4. Tersedianya alat penghangat darah (animex) sesuai kapasitas tempat tidur.</p> <p>5. Tersedianya set ganti balut sesuai tempat tidur.</p>	<p>1. 3 %</p> <p>2. a. 100%Dr. Sp.An dan dr sp sesuai dengan kasus yang ditangani b. 100 % Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU</p> <p>3. 100 %</p> <p>4. 100 %</p> <p>5. 100 %</p>

	6. Tersedianya infuse pump sesuai kapasitas tempat tidur. 7. Tersedianya ventilator sesuai kapasitas tempat tidur. 8. Tersedianya syring pump.	6.100% 7.100 % 8. 100 %
Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan Rontgen. 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen. 4. Kepuasan pelanggan	1. 3 Jam 2. 100 % Dokter Sp.Rad. 3. 2% 4. 80 %
Laboratorium	1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium 2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium dokter Sp PK 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4. Kepuasan pelanggan	1. 140 % 2. 100 % 3.100% 4. 80 %
Rehabilitasi Medik	1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3. Kepuasan Pelanggan	1. 50 % 2. 100 % 3. 80 %
Farmasi	1. Waktu tunggu pelayanan Obat: a. Obat Jadi b. Obat Racikan 2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat 3. Kepuasan pelanggan 4. Penulisan resep sesuai formularium	1. a. 30 menit b.60 menit 2. 100 % 3. 80 % 4. 100 %
Gizi	1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien. 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien. 3. Tidak adanya kejadian kesalahan dalam pemberian diet.	1. 90 % 2. 20 % 3. 100 %

Transfusi Darah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi. 2. Kejadian Reaksi transfusi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % terpenuhi 2. $\leq 0,01$ %
Pelayanan Keluarga Miskin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan terhadap pasien keluarga miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100%
Rekam Medik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % 2. 100 % 3. 10 menit 4. 15 menit
Pengelolaan limbah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baku mutu limbah cair <ol style="list-style-type: none"> a. BOD b. COD c. TSS d. PH 2. Pengelolaan limbah padat berbahaya sesuai aturan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % <ol style="list-style-type: none"> a. BOD 30 mg/l b. COD 80 mg/l c. TSS 30 mg/l d. PH 6-9 2. 100 %
Administrasi dan manajemen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan pimpinan 2. Kelengkapan waktu laporan akuntabilitas kinerja 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4. Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun 6. Cost recovery 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % 2. 100 % 3. 100 % 4. 100 % 5. 60 % 6. 40 % 7. 100 % 8. 2 jam 9. 100 %

Ambulance/Kereta Jenazah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan ambulance/Kereta Jenazah 24 jam 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance /Kereta Jenazah di Rumah Sakit 30 menit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % 2. 80 %
Pemulasaraan Jenazah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah 2 jam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ≤ 2 jam, 90 %
Pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3. Peralatan Laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 15 menit, 80 % 2. 100 % 3. 100 %
Pelayanan laundry	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap 24 jam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100 % 2. 100 %
Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih 2. Tersedia APD di setiap instalasi /departemen 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomia/HAI (Health care associated infection) di RS (min 1 parameter) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 75% 2. 75 % 3. 75%

BUPATI BARITO KUALA,

H. HASANUDDIN MURAD

**Lampiran II : Peraturan Bupati Barito Kuala
Nomor 53 Tahun 2016
Tanggal 3 Desember 2016**

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

Judul	Kemampuan menangani life saving di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit memberikan pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	Life saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breathing, Circulation
Frekuensi pengambilan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiga bulan sekali
Nomerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan live saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang memerlukan pertolongan live saving di Unit 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 jam buka
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 jam di Rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh
Frekwensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Kumulatif jam buka Gawat Darurat dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber Data	Laporan bulanan
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

3. Pemberi pelayanan kegawat darurat yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/ PPGD

Judul	Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat ATLS / BTLS / ACLS / PPGD.
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Darurat oleh tenaga kompeten dalam hal kegawat darurat.
Definisi Operasional	Tenaga Kompetensi pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan ATLS / BTLS / ACLS / PPGD.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat ATLS / BTLS / ACLS / PPGD.
Denomonator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat darurat
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi gawat Darurat

4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Judul	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana
Defenisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk dirumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu-waktu.
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	3 bulan sekali
Numerator	Jumlah tim penanggulangan bencana yang ada dirumah sakit
Denomonator	Tidak ada
Sumber data	Instasi gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Judul	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Defenisi Operasional	Kecepatan Pelayanan dokter di gawat darurat adalah kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Komulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang disampling secara acak sampai dilayani dokter
Denomonator	Jumlah seluruh pasien yang disampling minimal n=50
Sumber data	Sample
Standar	5 menit terlayani setelah pasien datang
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

6. Kepuasan Pelanggan Pada Instalasi Gawat Darurat

Judul	Kepuasan pelanggan pada Instalasi gawat darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Defenisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang perseps pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu merata penilaian kepuasan pasien Instalasi Gawat Darurat yang disurvey
Denomonator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang disurvey minimal n=50
Sumber data	Survey
Standar	80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

7. Kematian Pasien 24 jam di Gawat Darurat

Judul	Kematian Pasien 24 jam di gawat darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektifitas dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Defenisi Operasional	Kematian 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Pasien yang meninggal dalam periode 24 jam sejak pasien datang
Denomonator	Jumlah seluruh yang tanggani di Gawat Darurat
Sumber data	Rekam Medik
Standar	2 Perseribu
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

8. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Judul	Tidak adanya keharusan untuk mebayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Defenisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denomonator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

II. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Dokter pemberi pelayanan dipoliklinik spesialis

Judul	Dokter pemberi pelayanan dipoli klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Defenisi Operasional	Poliklinik spesialis adalah poliklinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis.
Frekuensi pengumpulan data	1 Bulan
Periode analisis	3 Bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis dalam 1 bulan
Denomonator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis / dalam waktu 1 bulan
Sumber data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Defenisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan dokter spesialis, yang dilakukan di rumah sakit, jumlah dan jenis pelayanan disesuaikan dengan dokter spesialis yang ada.
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jenis jenis pelayanan rawat jalanspesialistik yang ada dapat dilakukan
Denomonator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	Minimal Kesehatan anak, penyakit dalam kebidanaan dan kandungan, bedah
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

3. Jam buka Pelayanan sesuai ketentuan

Judul	Jam buka pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka pada hari kerja
Defenisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh dokter spesialis.
Frekuensi pengumpulan data	Satu bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan yang dibuka sesuai ketentuan dalam satu bulan
Denomonator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan dalam satu bulan
Sumber data	Register rawat jalan
Standar	100% Setiap hari kerja
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

4. Waktu Tunggu dirawat jalan

Judul	Waktu Tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersediaannya pelayan rawat jalan spesialistik pada hari kerja yang di RS yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Defenisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang survey
Denomonator	Jumlah seluruh pasien rawat jalanyang di survey
Sumber data	Survey pasien rawat jalan
Standar	60 Menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

5. Kepuasan Pelanggan pada rawat jalan

Judul	Kepuasan pelanggan pada rawat jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Defenisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlahkumulatif metara penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang di survey
Denomonator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvey(minimal n=50)
Sumber data	Survey
Standar	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

6. a..Penegakan DiagnosisTBMelalui pemeriksaan Mikroskopis TB

Judul	Penegakan diagnosis Tuberculosis melalui pemeriksaan mikroskopis Tuberculosis
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB.
Defenisi Operasional	Penegakaan diagnosis pasien TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit dalam 3 bulan.
Denomonator	Jumlah penegakan diagnosis TB di rumah sakit dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

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

Judul	Pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses efensiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberculosis dengan strategis DOTS
Defenisi Operasional	Pelayanan rawat jalan tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dan follow up pengobatan pasien tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan Tuberculosis nasional
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat jalan tuberculosis yang diangani dengan strategi DOTS
Denomonator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan tuberculosis yang ditangani dirumah sakit dalam watu tiga bulan
Sumber data	Registrasi rawat jalan register TB
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat jalan

III. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Pemberi Pelayanan Rawat Inap

Judul	Pemberi pelayanan di rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten
Defenisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap ialah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi pengumpulan data	6bulan
Periode analisis	6bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denomonator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat Inap

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Defenisi Operasional	Penanggungjawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam 1 bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denomonator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat Inap

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang ada di rumah sakit
Defenisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada pasien tirah baring di rumah sakit disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb
Frekuensi pengumpulan data	3bulan
Periode analisis	3bulan
Numerator	Jenis jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denomonator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi 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
Defenisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 8.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei
Denomonator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat Inap

5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi paska operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Defenisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi post operasi (luka bersih) yang didapat setelah 3 hari, yang ditandai merah,nyeri bengkak dan panas
Frekuensi pengumpulan data	1bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam periode satu bulan
Denomonator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber data	rekam medis
Standar	1,5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

6. Angka kejadian infeksi nosokomial

Judul	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Defenisi 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	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denomonator	Jumlah pasien rawat inap 1 bulan
Sumber data	Survei laporan infeksi nosokomial
Standar	1,5 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat Inap

7. Angka kejadian Luka Decubitus

Judul	Angka kejadian Luka Decobitus
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Untuk mengetahui apakah teknik perawatan pasien tirah baring telah dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
Defenisi Operasional	Decubitus adalah kerusakan / kematian kulit yang terjadi akibat, gangguan aliran darah setempat dan iritasi pada kulit dimana kulit tersebut mendapatkan tekanan (dalam tempat tidur, kursi roda, gips, pembidaian atau benda keras lainnya) dalam jangka waktu yang lama.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang obitus dalam priode satu bulan
Denomonator	Jumlah pasien yang dirawat satu bulan
Sumber data	Surveillance pengendali infeksi, rekam medis
Standar	2 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat Inap

8. Angka kejadian Phlebitis

Judul	Angka kejadian Phlebitis.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Untuk mengetahui apakah teknik pemasangan dan perawatan infuse dilakukan dengan tepat dan benar (sesuai protap)
Defenisi Operasional	Phlebitis merupakan Inflamasi vena yang disebabkan baik oleh iritasi kimia maupun mekanik yang sering disebabkan oleh komplikasi dari terapi interavena. Phlebilitis dikarakteristikan dengan adanya dua atau lebih tanda nyeri, kemerahan,bengkak, indurasi dan teraba mengeras dibagian vena yang terpasang intravena..
Frekuensi pengumpulan data	1 Bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami phlebilitis dalam periode satu bulan
Denomonator	Jumlah pasien yang terpasang infuse dalam priode satu bulan
Sumber data	Surveilance pengendali infeksi, rekam medis
Standar	2 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat Inap

9. 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 amanah bagi pasien
Defenisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama di rawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi, dsb yang berakibat kecacatan aau kematian
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurang jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denomonator	Jumlah pasien dirawat dalam periode satu bulan
Sumber data	rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat Inap

10. Kematian pasien > 48 jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap dirumah sakit yang aman dan efektif
Defenisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denomonator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	0,24%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

11. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Defenisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denomonator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	5%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

12. Kepuasan pelanggan rawat inap

Judul	Kepuasan Pelanggan rawat inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Defenisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denomonator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

13. Rawat Inap TB

a. Penegakan Diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB

Judul	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi Mutu	Efektifitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Defenisi Operasional	Penegakan diagnosis pasti melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di rumah sakit selama tiga bulan
Denomonator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam tiga bulan
Sumber data	Rekam Medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi rawat Inap

b. Kegiatan pencatatan dan Pelaporan Tuberculosis (TB) di RS

Judul	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS
Dimensi Mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersediaanya data pencatatan dan pelaporan TB di RS.
Defenisi Operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh dilaporkan
Denomonator	Seluruh kasus TB rawat Inap di RS
Sumber data	Rekam Medik
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Rawat Inap

IV. BEDAH SENTRAL

1. Waktu tunggu operasi elektif

Judul	Waktu tunggu operasi efektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Defenisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang di operasi dalam satu bulan
Denomonator	Jumlah pasien yang di operasi dalam satu bulan tersebut
Sumber data	Rekam Medik
Standar	2 hari, 90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instansi bedah sentral

2. Kejadian kematian dimeja operasi

Indikator	Kejadian kematian di meja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan efektifitas
Tujuan	Tergambarkan nya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien.
Defenisi Operasional	Kematian di meja operasi adalah kematian yang terjadi diatas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anestesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan.
Denomonator	Jumlah pasien yang di lakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis laporan keselamatan pasien
Standar	1 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instansi bedah sentral

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
Defenisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada sisi yang salah, misalnya yang semestinya dioperasi pada sisi kanan, ternyata yang dilakukan operasi adalah pada sisi kiri atau sebaliknya.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instansi bedah sentral

4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Judul	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Defenisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denomonator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral

5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Judul	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaian tindakan operasi dengan rencana yang telah ditetapkan
Defenisi Operasional	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang di operasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral

6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi

Indikator	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dan kecermatan dokter bedah dalam melaksanakan tindakan operasi.
Defenisi Operasional	Kejadian tertinggalnya benda asing/lain benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat suatu tindakan pembedahan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang di operasi dalam satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan.
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi bedah sentral

7. Komplikasi anestesi karena over dosis, reaksi anastesi dan salah penempatan endotracheal tube

Judul	Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kecermatan tindakan anestesi dan monitoring pasien selama proses pembedahan
Defenisi Operasional	Komplikasi anestesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anestesi antara lain karena overdosis, reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan dan sentinel event
Periode analisis	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasi anestesi dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	6 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala instalasi bedah sentral

V . PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Judul	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan kasus persalinan
Defenisi Operasional	<p>Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena pendarahan, pre eklampsia, eeklampsia, partus lama dan sepsis</p> <p>Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi karena pada saat kehamilan semua kala persalinan dan nifas.</p> <p>Pre-eklampsia, dan eklampsia mulai terjadi pada kehamilan tri mester kedua, pre-eklampsia dan eklampsia merupakan kumpulan dari dari dua dan tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah sistolik > 160 mmhg dan diastolic > 110 mmhg - Protein urea > 5 g/24 jam pada pemeriksaan kualitatif - Oedem tungkai <p>Eklampsia adalah tanda pre-eklampsia yang disertai dengan kejang dan atau penurunan kesadaran.</p> <p>Sepsis adalah tanda-tanda sepsis yang terjadi akibat penanganan aborsi, persalinan dan nifas, yang tidak ditangani dengan tepat oleh pasien atau penolong.</p> <p>Partus lama adalah : fase laten persalinan (primi para > 8 jam, multi para > 6 jam)</p>
Frekuensi pengumpulan data	1bulan
Periode analisis	3bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan pendarahan pre-eklampsia/eklampsia, sepsis dan partus lama.
Denomonator	Jumlah pasien pasien persalinan dengan perdarahan, pre-eklampsia/eklampsia , partus lama atau sepsis
Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Perdarahan 1 %pre eklampsia 30 % Sepsis 0,2 %partus lama 20 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang kebidanan dan Kandungan

2 Pemberi pelayanan persalinan normal

Judul	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Defenisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal), dan bidan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum terlatih (asuhan persalinan normal) dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan normal.
Denomonator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan persalinan normal
Sumber data	Ruang kebidanan dan kandungan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepalaruang kebidanan dan kandungan

4 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Judul	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Defenisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp.OG, dengan dokter umum, bidan dan perawat terlatih.Penyulit dalam persalinan antara lain meliputi partus lama, ketuban pecah dini, kelainan letak janin, Berat badan janin<2500 gr, kelainan pinggul , perdarahan ante partum, eklamsia,preeklamsia berat dan tali pusat menumbung.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG, dokter umum, terlatih (asuhan persalinan normal)dan bidan yang memberikan pertolongan persalinan dengan penyulit.
Denomonator	Jumlah seluruh persalinan dengan penyulit
Sumber data	Kepegawaian, rekam medis, Ruang kebidanan dan kandungan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang kebidanan dan kandungan

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
Defenisi Operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dr Sp.OG. dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.OG dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denomonator	Jumlah seluruh tenaga dokter yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Ruang kebidanan dan kandungan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang kebidanan dan kandungan

5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

Judul	Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gram
Dimensi Mutu	Efektifitas, dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan rumah sakit dalam menangani BBLR
Defenisi Operasional	BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1500 g – 2500 g.
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah BBLR 1500 g- 2500 yang berhasil ditangani.
Denominator	Jumlah seluruh BBLR 1500 gr2500 gr yang ditangani
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang Perinatologi

6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Judul	Pertolongan persalinan melalui seksio casaria
Dimensi Mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indukasi dan efisien
Defenisi Operasional	Seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi.
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan yang ditangani secara seksio caesaria
Sumber data	Rekam medis
Standar	20 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang kebidanan

7. a. Keluarga berencana mantap

Judul	Keluarga berencana mantap
Dimensi Mutu	Ketersediaan pelayanan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Defenisi Operasional	Keluarga berencana yang menggunakan metode operasi yang aman dan sederhana pada alat reproduksi manusia dengan tujuan menghentikan fertilitas oleh tenaga yang kompeten
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jenis pelayanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB
Sumber data	Rekam medik dan laporan KB rumah sakit
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang kebidanan , kepala kamar operasi

7.b. Konseling KB mantap

Judul	Konseling KB Mantap
Dimensi Mutu	KonselingKB mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Defenisi Operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan tertatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Ruang kebidanan dan kandungan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang kebidanan, kepala kamar operasi

8. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya perseps pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Defenisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 Tahun
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei dalam persen.
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei n minimal 50
Sumber data	Survei
Standar	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang kebidanan dan kandungan

VI. PELAYANAN INTENSIF

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

Judul	Rata-rata pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Defenisi Operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali keperawatan intensif dengan kasus yang sama <72 jam dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat diruang intensif dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	3%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang ICU

2. Pemberi pelayanan unit intensif

Judul	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi Mutu	Kompetensi Teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Defenisi Operasional	Pemberi pelayan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani. Perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/ setara.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang ICU

3. Tersedianya kasus decubitus sesuai jumlah tempat tidur

Judul	Tersedianya kasus decubitus sesuai jumlah tempat tidur.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya kasur decubitus bagi pasien yang dirawat ruang ICU
Defenisi Operasional	Tersedianya paket perawatan ruang ICU
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah kasur decubitus yang ada
Denominator	Jumlah kapasitas tempat tidur ICU
Sumber data	Bidang penunjang
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang ICU

4. Tersedianya alat penghangat darah (Animex) sesuai kapasitas tempat tidur

Judul	Tersedianya alat penghangat darah (Animex) sesuai kapasitas tempat tidur
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya alat penghangat darah (Animex) bagi pasien yang dirawat ruang ICU.
Defenisi Operasional	Tersedianya paket perawatan ruang ICU
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah Animex yang ada
Denominator	Jumlah kapasitas tempat tidur ICU
Sumber data	Bidang penunjang
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang ICU

5. Tersedianya Set Ganti Balut Sesuai Jumlah Tempat Tidur

Judul	Tersedianya set ganti balut sesuai jumlah tempat tidur.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya set ganti balut bagi pasien yang dirawat diruang ICU
Defenisi Operasional	Tersedianya paket perawatan ruang ICU
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah kset ganti balut yang ada
Denominator	Jumlah kapasitas tempat tidur ICU
Sumber data	Bidang penunjang
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang ICU

6. Tersedianya Infus Pump Sesuai Jumlah Tempat Tidur

Judul	Tersedianya infuse pamp sesuai jumlah tempat tidur
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya set infus pump bagi pasien yang dirawat diruang ICU
Defenisi Operasional	Tersedianya paket perawatan ruang ICU
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah infus pump yang ada
Denominator	Jumlah kapasitas tempat tidur ICU
Sumber data	Bidang penunjang
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang ICU

7. Tersedianya Ventilator Sesuai Jumlah Tempat Tidur

Judul	Tersedianya Ventilator sesuai jumlah tempat tidur.
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya Ventilator bagi pasien yang dirawat diruang ICU
Defenisi Operasional	Tersedianya paket perawatan ruang ICU
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah Ventilator yang ada
Denominator	Jumlah kapasitas tempat tidur ICU
Sumber data	Bidang penunjang
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang ICU

8. Tersedianya Syringe Pump

Judul	Tersedianya Syringe Pump
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tersedianya Syringe Pump bagi pasien yang dirawat diruang ICU
Defenisi Operasional	Tersedianya paket perawatan ruang ICU sesuai dengan jumlah tempat tidur
Frekuensi pengumpulan data	6 bulan
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah Syringe pump yang ada
Denominator	Jumlah kapasitas tempat tidur ICU
Sumber data	Bidang penunjang
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala ruang ICU

VII. RADIOLOGI

1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Judul	Waktu tunggu hasil pelayan foto thorax
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan dan efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Defenisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tergantung waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekpertisi
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang di foto thorax dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	3 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Judul	Pelaksana ekpertise hasil pemeriksaan
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Defenisi Operasional	Pelaksana ekpertisi rontgen adalah dokter spesialis radiology yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen / hasil pemeriksaan radiology. Bukti pembacaan dan verifikasi, adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiology pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang di baca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam satu bulan
Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Judul	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi Mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen.
Defenisi Operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca.
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat di baca dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam satu bulan
Sumber data	RegisterRadiologi
Standar	2 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi.
Defenisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiologi.
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang di survey yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang di survey (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Radiologi

VIII . LABORATORIUM

1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Judul	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium.
Defenisi Operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan Kimia darah kimia, waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah di ekspertisi.
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumbr data	Survei
Standar	140 (menit manual)
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

2. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Pelaksana expertise hasil pemeriksaan laboratorium oleh dokter Sp.PK
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Defenisi Operasional	Pelaksana ekpertisi laboratorium adalah dokter spesialis pathology klinik yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tanda tangan pada lembar asli pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lap yang diverifikasi hasilnya oleh dokter spesialis patologi klinik dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium dalam satu bulan.
Sumber data	Register di Instalasi Laboratorium
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

--	--

3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Judul	Tidak adanya kesalahan Penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium
Defenisi Operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium paologi klinik adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan dikurangi jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di lab dalam waktu bulan tersebut.
Sumber data	Rekam medic
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

4. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelayanan terhadap pelayanan laboratorium
Defenisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Laboratorium

IX . REHABILITASI MEDIK

1. Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan

Judul	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan fisioterapi yang direncanakan
Dimensi Mutu	Kesinambungan pelayanan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kesinambungan pelayanan fisioterapi sesuai yang direncanakan
Defenisi Operasional	Drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan adalah pasien tidak bersedia meneruskan program fisioterapi sesuai yang direncanakan.
, Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang drop out selama 3 bulan
Denominator	Jumlahseluruh pasien yang di program fisioterapi selama 3 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	50%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instansi 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 rehabitas medik.
Defenisi Operasional	kesalahan klinis dalam rehabitas medik adalah memberikan atau tidak memberikan tindakan rehabitas medik yang diperlukan yang sesuai dengan rencana asuhan dan atau tidak sesuai dengan pedoman stadar pelayanan rehabilitasi medik.
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang dilakukanrehabilitas medik dalam 1 bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan tindakan fisioterapi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlahseluruh pasien yang di program rehabilitas medik selama 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instansi rehabilitas medik

3. Kepuasan pelanggan

Judul	Kepuasan pelanggan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelayanan terhadap pelayanan rehabilitas medik.
Defenisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rehabilitas medik
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei dalam persen
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	80%
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instansi rehabilitas medik

X . FARMASI

1. A. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Judul	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi Mutu	Efetiitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Defenisi Operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	30menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

1. B. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Judu	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi Mutu	Efetifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Defenisi Operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam bulan tersebut
Sumber data	Survei
Standar	60 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberi obat

Judul	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Defenisi Operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 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
Defenisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam persen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

4. Penulisan resep sesuai formularium

Judul	Penulisan resep sesuai dengan formularium
Dimensi Mutu	Efesiensi
Tujuan	Tergambarnya efisiensi pelayanan obat kepada pasien
Defenisi Operasional	Formularium obat adalah daftar obat yang digunakan di rumah sakit
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel yang sesuai dengan formularium selama satu bulan
Denominator	Jumlah resep yang diambil sebagai sampel dalam satu bulan (n minimal 50)
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Farmasi

XI .GIZI

1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Judul	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas, akses, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan instalasi gizi
Defenisi Operasional	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien adalah ketepatan penyediaan makanan pada pasien sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang rawat inap yang disurvei yang mendapat makanan tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap yang disurvei
Sumber data	Survei
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

Judul	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien
Dimensi Mutu	Efektifitas, dan efisien
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Defenisi Operasional	Sisa makanan adalah porsi makanan yang tersisa yang tidak dimakan oleh pasien (sesuai dengan asuhan gizi rumah sakit)
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah komulatif porsi sisa makan dari pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	20 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Judul	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi Mutu	Keamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Defenisi Operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian makanan yang disurvei dikurangi jumlah pemberian makanan yang salah diet
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Instalasi Gizi

XII. TRANSFUSI DARAH

1. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Judul	Pemenuhan Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse
Dimensi Mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan unit tansfusi darah Rumah Sakit dalam menyediakan kebutuhan darah
Defenisi Operasional	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi adalah kemampuan UTD untuk menyediakan darah bagi pasien yang memerlukan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Pe riode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala UTD RS

2. Kejadian Reaksi Transfusi

Judul	Kejadian reaksi transfuse
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen resiko pada UTD
Defenisi Operasional	Reaksi transfusi darah adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat trasnfusi, hemolisa akibat golongan darah tidak sesuai atau gangguan system imun sebagai akibat pemberian transfusi darah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kejadian reaksi transfusi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang mendapat transfusi dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	0,01 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala UTD RS

XIII .PELAYANAN KELUARGA MISKIN

1. Pelayanan terhadap pasien Keluarga Miskin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan

Judul	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Defenisi Operasional	Pasien keluarga miskin GAKIN adalah pasien pemegang kartu askeskin
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien GAKIN yang dilayani rumah sakit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien GAKIN yang datang ke rumah sakit dalam satu bulan
Sumber data	Register pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Ruangan

XIV. 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
Defenisi Operasional	Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang yang meliputi identitas pasien anamnesis rencana asuhan keperawatan pelaksanaan asuhan tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan yang diisi lengkap
Denominator	Jumlah rekam medik yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kasi rekam medik

2. Kelengkapan informed concert setelah mendapatkan informasi yang jelas

Judul	Kelengkapan informed concert setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan informasi kepada pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Defenisi Operasional	Informed concert adalah persetujuan yang diberikan pasien keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medis yang disurvei dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medis yang disurvei dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kasi rekam medik

3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Efektifitas kenyamanan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Defenisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan ditentukan oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat jalan yang diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis yang diamati (N tidak kurang dari 100)
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	10 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kasi rekam medik

4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Judul	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas kenyamanan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Defenisi Operasional	Dokumen rekam medis rawat inap adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat inap.waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap adalah waktu mula pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia dibangsal pasien
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap diamati
Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat inap
Standar	Rerata 15 menit
Penanggung jawab pengumpul data	Kasi rekam medik

XV. PENGOLAHAN LIMBAH

1. Baku mutu limbah air

Judul	Baku mutu limbahcair
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah sakit
Defenisi Operasional	Buku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap umum bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indicator : BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg / ltr COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg / ltr TSS (Total Suspended Solid) : 30 mg / ltr pH : 6-9
, Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit sesuai dengan baku mutu
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kasi Penunjang Non Medik

2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Judul	Pengolahan limbah padatberbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat berbahaya di rumah sakit
Defenisi Operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah padat akibat proses pelayanan yang mengandung bahan bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan penyakit dan /atau dapat mencederai, antara lain : 1. Sisa jarum suntik 2. Sisa ampul 3. Kasa bekas 4. Sisa jaringan Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman berlaku
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 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 pengumpul data	Kasi Penunjang Non Medik

XVI . ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat pimpinan

Judul	Tindak lanjut hasil penyelesaian tingkat pimpinan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian pimpinan terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Defenisi Operasional	Tindak lanjut pemeriksaan hasil pertemuan tingkat pimpinan adalah pelaksanaan tindak lanjut yang dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan tersebut dengan permasalahan pada bidang masing-masing
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan pimpinan yang ditindak lanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindak lanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Nutulen rapat
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Judul	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi Mutu	Efektifitas, efesiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan
Defenisi Operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggung jawabkan keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggung jawaban secara periodik. Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indicator-indikator yang ada pada SPM, indicator-indikator kinerja pada rencana setrategik bisnis rumah sakit dan indicator-indikator kinerja lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah. Laporan akuntabilitas kinerja minimal dilakukan 3 bulan sekali
, Frekuensi pengumpulan data	1 Tahun
Periode analisa	1 Tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Kasi perencanaan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul	Bidang Keuangan

data	
------	--

3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Judul	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi Mutu	Efektifitas, epesiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai
Defenisi Operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan april dan oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bagian kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala bagian Tata Usaha

4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Judul	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Defenisi Operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan
Frekuensi pengumpulan data	1 Tahun
Periode analisa	1 Tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun
Sumber data	Sub Bagian kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Bagian Tata Usaha

5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 per jam pertahun

Judul	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Defenisi Operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan di ruma sakit atau di luar runah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal perkaryawan 20 jam per tahun
, Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisa	1 tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Denominator	Jumlah seluruh seluruh karyawan rumah sakit
Sumber data	Sub bagian Kepegawaian
Standar	60 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Tata Usaha

6. Cost Recovery

Judul	Cost recovery
Dimensi Mutu	Efisiensi, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan rumah sakit
Defenisi Operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaaan operasional dalam periode waktu tentu
, Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Kasi keuangan
Standar	40 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kabid perencanaan dan keuangan

7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Judul	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Defenisi Operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas. Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 5 setiap bulan berikutnya
, Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal 5 setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam 3 bulan
Sumber data	Kasi Keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kabid perencanaan dan keuangan

8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Judul	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Efektifitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran rawat inap
Defenisi Operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah diberikan.Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Jumlah total pasien rawat inap yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Kasi keuangan
Standar	2 jam
Penanggung jawab pengumpul data	Kabid keuangan dan perencanaan

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

Judul	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi Mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan
Defenisi Operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 6 bulan
Periode analisa	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan keterlambatan insentif
Denominator	6 bulan
Sumber data	Kasi keuangan
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kabid perencanaan dan keuangan

XVII AMBULANCE / KERETA JENAZAH

1. Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah

Judul	Waktu pelayanan ambulance / kereta jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulane / kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien /keluarga yang membutuhkan
Defenisi Operasional	Waktu pelayanan ambulance adalah penyediaan ambulance / jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisa	Tiap 3 bulan
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan tersebut
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Kasi Penunjang Medik
Standar	24 Jam
Penanggung jawab pengumpul data	Bidang Penunjang

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

Judul	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance di rumah sakit
Dimensi Mutu	Kenyamanan, keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketangguhan rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan pasien akan ambulance
Defenisi Operasional	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance /kereta jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari permintaan ambulance/ kereta jenazah diajukan oleh pasien/keluarga pasien di rumah sakit sampai tersedianya ambulance. Maksimal 30 menit
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumla penyediaan ambulance/ kereta jenazah yang tepat waktu dalam 1bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan ambulance dalam satu bulan
Sumber data	Catatan penggunaan ambulance kereta jenazah
Standar	30 Menit , 80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala seksi penunjang medis

XVIII PEMULASARAAN JENAZAH

Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah

Judul	Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah 2 jam
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah
Defenisi Operasional	Waktu tanggap pelayanan pemusaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai dari pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Total komulatif waktu pemusalaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	90 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kepala Seksi penunjang non medis

XIX. PELAYANAN PEMILIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Judul	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam menanggapi kerusakan alat
Defenisi Operasional	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak yang 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	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	80 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kasi penunjang medis

2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Judul	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi Mutu	Efektifitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam memelihara alat
Defenisi Operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah alat yang dilakukan pemeliharaan (service) tepat waktu dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh alat yang seharusnya dilakukan pemeliharaan dalam satu bulan
Sumber data	Register pemeliharaan alat
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kasi penunjang medic

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 efektifitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium
Defenisi Operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan BPFK
Frekuensi pengumpulan data	1 Tahun
Periode analisa	1 Tahun
Numerator	Jumlah seluruh laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku Register
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpul data	Kasi penunjang medik

XX . PELAYANANLAUNDRY

1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Judul	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi Mutu	Efetifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Defenisi Operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu bulan
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kasi penunjang medik dan Kasi Rumah Tangga

2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk Rumah Sakit

Judul	Kecepatan waktu penyediaan linen untuk Rumah sakit
Dimensi Mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Defenisi Operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bualan
Sumber data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab pengumpul data	Kasi penunjang medik, Kasi Rumah Tangga

XXI PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Adanya anggota Tim PPI yang terlatih

Judul	Adanya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi Mutu	Kompetersi teknis
Tujuan	Tersediaanya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas- tugas Tim PPI
Defenisi Operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjut PPI
, Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisa	1tahun
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggotaTim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75 %
Penanggung jawab pengumpul data	Ketua Komite PPI

2. Ketersediaan APD

Judul	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi Mutu	Mutu Pelayanan keamanan pasien petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD disetiap instansi RS
Defenisi 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 analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instansi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instansi dirumah sakit
Sumber data	Survey
Standar	75 %
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI dan bidang penunjang

3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial dirumah sakit

Judul	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial dirumah sakit
Dimensi Mutu	Keamanan pasien petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi hosokomial di RS
Defenisi Operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial pengumpulan data (cek list pada instansi yang tersedia di RS minimal 1 parameter (Infeksi Luka Operasi /ILO, Infeksi Luka Infus/ ILI,Ventilator Associated Pneumonie/VAP,Infeksi Saluran Kemih/ ISK)
, Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah instansi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instansi yang tersedia
Sumber data	Survei
Standar	75 %
Penanggung jawab pengumpul data	Tim PPI RS

BUPATI BARITO KUALA,

H. HASANUDDIN MURAD

		5.Tersedia Set ganti balut sesuai jumlah TT	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		6.Tersedia Infuce Pump sesuai jumlah TT	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		7.Tersedia ventilator sesuai jumlah TT	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		8.Tersedia syringe pump sesuai jumlah TT	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Radiologi	1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax Foto	3 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam	1 Jam
		2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	100%,dr Sp.RO	0	0	100%	100%	100%	100%
		3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
		4. Kepuasan pelanggan	80%	80.01%	84.01%	88.21%	92.62%	97.25%	100%
8	Laboratorium	1. waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	140 menit (manual)	120 mnt	120 mnt	120 mnt	120 mnt	90 mnt	90 mnt
		2. Pelaksanaan ekspertisi hasil pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	90 %	4. Kepuasan pelanggan	80%	76.00%	82.00%	85.00%	87.00%	89.00%	90%
9	Rehabilitasi Medik	1. Kejadian droup Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	50 %	20 %	20 %	20 %	15 %	10 %	5 %
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Kepuasan Pelanggan	80%	76.00%	82.00%	85.00%	87.00%	89.00%	90%
10	Farmasi	1.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi	30 menit	25 mnt	25 mnt	20 mnt	20 mnt	15 mnt	15 mnt
		b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan	60 menit	60 mnt	60 mnt	60 mnt	60 mnt	60 mnt	60 mnt
		2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Kepuasan pelanggan	80%	80.01%	84.01%	88.21%	92.62%	97.25%	100%
		4. Penulisan resep sesuai formularium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11	Gizi	1.Ketepatan Waktu pemberian makanan kepada pasien	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %
		2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	20 %	10 %	10 %	10 %	10 %	5 %	5 %
		3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
12	Transfusi Darah	1. Pemenuhan kebutuhan darah bagisetiap pelayanan transfusi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Kejadian reaksi transfusi	0,01 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%
13	Pelayanan Gakin	Pelayanan terhadap pasien gakin yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
14	Rekam Medik	1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	100%	85%	85%	90%	90%	100%	100%

		2. Kelengkapan informed consent setelah mendapat informasi yang jelas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	10 menit, 90 %	10 mnt					
		4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	15 menit, 80 %	15 mnt					
15	Pengolahan Limbah	1. Baku mutu limbah cair	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
16	Administrasi Manajemen	1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat pimpinan	100%	80%	80%	80%	90%	100%	100%
		2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun	60 %	10%	10%	20%	20%	30%	30%
		6. cost recovery	40 %	45%	50%	55%	60%	65%	70%
		7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100%	80%	80%	85%	90%	95%	100%
		8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	2 jam	1 jam	1 jam	1 jam	1 jam	1 jam	1 jam
		9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu	100%	50%	70%	80%	80%	90%	90%
17	Ambulance/Kereta Jenazah	1. Waktu pelayan ambulance / kereta jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam
		2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ kereta jenazah	30 menit, 80 %	30 mnt					
18	Pemulasaran Jenazah	Waktu tanggap pemulasaran jenazah	2 jam, 90 %	2 jam	1 jam				
19	Pelayanan pemeliharaan Sarana Rumah Sakit	1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	15 menit, 80 %	30 mnt	30 mnt	30 mnt	30 mnt	15 mnt	15 mnt
		2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat	100%	70%	80%	90%	90%	100%	100%
		3. Peralatan laboratorium (alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	70%	90%	90%	90%	100%	100%
20	Pelayanan Laundry	1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	80%	90%	100%	100%	100%	100%
		2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk rawat inap	100%	80%	90%	90%	100%	100%	100%

21	Pencegahan dan pengendalian infeksi	1. Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%
		2. Ketersediaan APD (Alat Pelindung Diri)	75%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
		3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit	75%	25%	25%	25%	25%	25%	25%

BUPATI BARITO KUALA,

H. HASANUDDIN MURAD

