



BUPATI BLITAR  
PROVINSI JAWA TIMUR

PERATURAN BUPATI BLITAR  
NOMOR 19 TAHUN 2021  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SRENGAT  
KABUPATEN BLITAR

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI BLITAR,

- Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 43 ayat (2) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Srengat Kabupaten Blitar;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 41) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1965 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotapraja Surabaya dan Daerah Tingkat II Surabaya dengan mengubah Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur dan Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1965 tentang Pembentukan Daerah-daerah Kabupaten Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Jawa Barat, dan Daerah Istimewa Yogyakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965

Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2730);

2. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851);
3. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5027);
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 183, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6398);
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) 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);

8. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
9. 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) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2017 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6041);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 2, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6178);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6322);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;

14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 157);
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 1213);
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 68);
18. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 77 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1781);
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
20. Peraturan Daerah Kabupaten Blitar Nomor 1 Tahun 2020 tentang Pendirian Rumah Sakit Umum Daerah Srengat Kabupaten Blitar (Lembaran Daerah Kabupaten Blitar Tahun 2020 Nomor 1/E, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Blitar Nomor 56);
21. Peraturan Bupati Blitar Nomor 1 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Hubungan Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Srengat Kabupaten Blitar (Berita Daerah Kabupaten Blitar Tahun 2020 Nomor 1/E);



22. Peraturan Bupati Blitar Nomor 7 Tahun 2020 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Daerah Kabupaten Blitar Nomor 1 Tahun 2020 tentang Pendirian Rumah Sakit Umum Daerah Srengat (Berita Daerah Kabupaten Blitar Tahun 2020 Nomor 7/E);
23. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 310).

#### MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SRENGAT KABUPATEN BLITAR.

#### BAB I

#### KETENTUAN UMUM

#### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Blitar.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Daerah.
3. Bupati adalah Bupati Blitar.
4. Dinas Kesehatan yang selanjutnya disebut Dinas adalah perangkat daerah dalam lingkungan Pemerintah Daerah yang menangani urusan pemerintah di bidang kesehatan.
5. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar.
6. Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah unit organisasi yang bersifat khusus dan unit layanan yang bekerja secara profesional.
7. Kepala RSUD yang selanjutnya disebut Direktur adalah Pejabat Eselon IIIa atau jabatan administrator.
8. Pemilik RSUD adalah Pemerintah Daerah.

9. Pejabat Pengelola Keuangan Daerah yang selanjutnya PPKD adalah kepala perangkat daerah pengelola keuangan daerah yang mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah dan bertindak sebagai bendahara umum daerah.
10. Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah satuan kerja perangkat daerah atau unit kerja pada satuan kerja perangkat daerah di lingkungan Pemerintah Daerah yang menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD dan dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan, dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
11. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal atau ketentuan tentang spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimal yang diberikan oleh RSUD Srengat Kabupaten Blitar kepada masyarakat.
12. Satuan Pengawas Internal yang selanjutnya disingkat SPI adalah unit kerja internal rumah sakit yang bersifat independen dan dalam menjalankan fungsinya bertanggung jawab langsung kepada direktur.
13. Dewan Pengawas Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Dewan Pengawas adalah unit non struktural pada rumah sakit yang melakukan pembinaan dan pengawasan rumah sakit secara internal yang bersifat nonteknis perumahsakitian yang melibatkan unsur masyarakat.
14. Rencana Bisnis Anggaran yang selanjutnya disingkat RBA adalah dokumen perencanaan bisnis dan penganggaran tahunan yang berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran suatu badan layanan umum.
15. Mutu Pelayanan Kesehatan adalah kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta pihak lain, tata penyelenggaraanya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.
16. 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 berdasarkan standar WHO.

17. Kinerja adalah proses yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu organisasi dalam menyediakan produk dalam bentuk jasa pelayanan atau barang kepada pelanggan.
18. Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu atau tolak ukur prestasi kuantitatif/kualitatif yang digunakan untuk mengukur terjadinya perubahan terhadap besaran target atau standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
19. Standar adalah nilai tertentu yang telah ditetapkan berkaitan dengan sesuatu yang harus dicapai.
20. Definisi Operasional adalah uraian yang dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator.
21. Frekuensi Pengumpulan Data adalah frekuensi pengambilan data dari sumber data untuk tiap indikator.
22. Periode Analisis adalah rentang waktu pelaksanaan kajian terhadap indikator kinerja yang dikumpulkan.
23. Pembilang adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus indikator kinerja.
24. Penyebut adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus indikator kinerja.
25. Target atau Nilai adalah ukuran mutu atau kinerja yang diharapkan bisa dicapai.
26. Sumber Data adalah sumber bahan nyata atau keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan.

## BAB II

### MAKSUD DAN TUJUAN

#### Pasal 2

- (1) SPM RSUD Srengat dimaksudkan sebagai panduan dalam perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan jenis dan mutu pelayanan kesehatan serta penunjang pelayanan kesehatan pada RSUD Srengat.
- (2) SPM RSUD Srengat bertujuan untuk meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

**BAB III**  
**JENIS PELAYANAN, INDIKATOR, STANDAR NILAI, BATAS**  
**WAKTU PENCAPAIAN DAN URAIAN**  
**STÁNDAR PELAYANAN MINIMAL**

**Bagian Kesatu**

**Jenis Pelayanan**

**Pasal 3**

(1) **Jenis pelayanan pada RSUD Srengat 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 patologi klinik;
- i. pelayanan rehabilitasi medik;
- j. pelayanan farmasi;
- k. pelayanan gizi;
- l. pelayanan keluarga miskin;
- m. pelayanan rekam medis;
- n. pelayanan pengelolaan limbah;
- o. pelayanan administrasi manajemen;
- p. pelayanan ambulans/mobil jenazah;
- q. pelayanan pemulasaraan jenazah;
- r. pelayanan laundry;
- s. pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit; dan
- t. pelayanan pencegahan **pengendalian** infeksi.

**Bagian Kedua**

**Indikator, Standar Nilai, Batas Waktu Pencapaian**  
**Dan Uraian Standar Pelayanan Minimal**

**Pasal 4**

Indikator, standar nilai, batas waktu pencapaian, dan uraian SPM dari jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3, tercantum dalam Lampiran I dan Lampiran II yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.



BAB IV  
PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) RSUD Srengat yang menerapkan pola pengelolaan keuangan BLUD wajib melaksanakan pelayanan berdasarkan SPM dalam Peraturan Bupati ini.
- (2) Direktur RSUD Srengat bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan yang dipimpinnya sesuai SPM yang ditetapkan dalam Peraturan Bupati ini.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan SPM dilaksanakan oleh pegawai dengan kualifikasi dan kompetensi berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

BAB V  
PENERAPAN

Pasal 6

- (1) Direktur RSUD Srengat wajib menyusun rencana strategis, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan berdasarkan SPM.
- (2) Setiap unit kerja pelayanan kesehatan, penunjang pelayanan kesehatan dan administrasi manajemen pada RSUD Srengat wajib menyusun rencana kerja, target, serta upaya dan pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan penunjang pelayanan kesehatan berdasarkan SPM.
- (3) Setiap unit kerja pelayanan kesehatan, penunjang pelayanan kesehatan dan administrasi manajemen pada RSUD Srengat, wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang menjadi tugasnya sesuai dengan SPM.

BAB VI  
PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Bagian Kesatu

Pembinaan

Pasal 7

- (1) Pembinaan teknis RSUD Srengat dilakukan oleh Bupati melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan latihan atau bantuan teknis lainnya yang mencakup:

- a. perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM;
- b. penyusunan rencana pencapaian SPM dan penetapan target tahunan pencapaian SPM;
- c. penilaian prestasi kerja pencapaian SPM; dan
- d. pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM.

## Bagian Kedua

### Pengawasan

#### Pasal 8

- (1) Pengawasan operasional dilakukan oleh SPI.
- (2) SPI sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan di bawah Direktur RSUD Srengat.

#### Pasal 9

- (1) SPI sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 ayat (1) bersama – sama jajaran manajemen RSUD Srengat menciptakan dan meningkatkan pengendalian internal.
- (2) Fungsi pengendalian internal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk membantu manajemen dalam hal tercapainya prestasi kerja agar sesuai dengan SPM.

#### Pasal 10

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap RSUD Srengat selain dilakukan oleh pejabat pembina dan pengawas sebagaimana dimaksud Pasal 7, Pasal 8, dan Pasal 9 dilakukan juga oleh Dewan Pengawas sesuai dengan peraturan dan perundang – undangan.
- (2) Dewan Pengawas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) memiliki tugas :
  - a. memantau perkembangan kegiatan BLUD;
  - b. menilai kinerja keuangan maupun kinerja nonkeuangan BLUD dan memberikan rekomendasi atas hasil penilaian untuk ditindaklanjuti oleh Pejabat Pengelola BLUD;
  - c. memonitor tindak lanjut hasil evaluasi dan penilaian kinerja dari hasil laporan audit pemeriksa eksternal pemerintah;
  - d. memberikan nasehat kepada Pejabat Pengelola dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya; dan

- e. memberikan pendapat dan saran kepada daerah mengenai :
1. RBA yang diusulkan oleh Pejabat Pengelola;
  2. permasalahan yang menjadi kendala dalam pengelolaan BLUD; dan
  3. kinerja BLUD.

BAB VII  
PENGANGGARAN

Pasal 11

Anggaran pelaksanaan pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 sampai dengan Pasal 10 dibebankan pada pendapatan operasional RSUD Srengat yang ditetapkan dalam rencana strategis RSUD Srengat.

BAB VIII  
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 Blitar.

Ditetapkan di Blitar  
pada tanggal 24 Mei 2021

BUPATI BLITAR

ttd

RINI SYARIFAH

Diundangkan di Blitar  
pada tanggal 24 Mei 2021

Pj. SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN BLITAR

ttd

MUJIANTO

BERITA DAERAH KABUPATEN BLITAR TAHUN 2021 NOMOR : 19/13

SALINAN sesuai dengan aslinya,  
KEPALA BAGIAN HUKUM



BENNY SETYOHADI, SH., MH.  
Pembina Tk. I  
NIP. 19680830 198903 1 006



LAMPIRAN I PERATURAN BUPATI BLITAR  
 NOMOR 19 TAHUN 2021  
 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SRENGAT  
 KABUPATEN BLITAR

INDIKATOR, STANDAR NILAI, BATAS WAKTU PENCAPAIAN PADA JENIS PELAYANAN  
 RSUD SRENGAT KABUPATEN BLITAR

No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab	
		Jenis	Uraian										
1	Pelayanan Gawat Darurat	Input	Kemampuan menangani life saving	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat	
			Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat	100%	89%	92%	93%	94%	95%	96%	97%	Kepala Instalasi Gawat Darurat	
			Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Kepala Instalasi Gawat Darurat
		Proses	Jam buka pelayanan Gawat Darurat	24 Jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Kepala Instalasi Gawat Darurat
			Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	≤ 5 menit	3 menit 10 detik	2 menit 38 detik	2 menit 28 detik	2 menit 18 detik	2 menit 8 detik	2 menit	1 menit 50 detik	Kepala Instalasi Gawat Darurat	
			Tidak Adanya Keharusan Untuk Membayar Uang Muka	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gawat Darurat



No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab		
		Jenis	Uraian											
		Outcome	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat	≥ 76 %	77,90%	79,88%	80%	81%	82%	83%	83%	Kepala Instalasi Gawat Darurat		
			Kematian Pasien ≤ 24 jam di Gawat Darurat	≤ 0,2%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Gawat Darurat	
2	Pelayanan Rawat Jalan	Input	Pemberi pelayanan di klinik spesialis	100%	98,6%	91,5%	92%	93%	94%	95%	95%	Kepala Instalasi Rawat Jalan		
			Ketersediaan Pelayanan klinik anak	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	Kepala Instalasi Rawat Jalan	
			Ketersediaan Pelayanan klinik penyakit dalam	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	Kepala Instalasi Rawat Jalan	
			Ketersediaan Pelayanan klinik kebidanan	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			Ketersediaan Pelayanan klinik bedah	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	Kepala Instalasi Rawat Jalan

No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab
		Jenis	Uraian									
			Ketersediaan Pelayanan klinik gigi	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	Kepala Instalasi Rawat Jalan
			Ketersediaan Pelayanan klinik gigi periortodonti	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	100% dokter spesialis	Kepala Instalasi Rawat Jalan
		Proses	Jam Buka Pelayanan Rawat Jalan	Jam buka pendaftaran hari senin-kamis jam 07.00-11.30 Hari jumat Jam 07.00 – 10.00Hari sabtu Jam 07.00-11.00Jam buka poli hari senin-kamis 08.00 – 13.00Hari jumat Jam 08.00-11.00 hari	99,6%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan



No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab
		Jenis	Uraian									
				sabtu jam 08.00- 12.00 (100%)								
			Waktu tunggu rawat jalan	≤ 60 menit	30 menit	28 menit	26 menit	24 menit	22 menit	20 menit	20 menit	Kepala Instalasi Rawat Jalan, Komite Mutu
		Output	Pasien TB Rawat jalan yang ditangani dengan strategi DOTS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Jalan

No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab	
		Jenis	Uraian										
		Outcome											
		Outcome	Kepuasan Pelanggan Pada Rawat Jalan	≥ 76 %	77,90%	78%	80%	85%	90%	91%	95%	Kepala Instalasi Rawat Jalan, Komite Mutu	
3	Rawat inap	Input	Pemberi Pelayanan Di Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap	
			Dokter Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap	
			Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap	kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah	kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah	kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah	kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah	kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah	kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah	kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah	kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah	kes anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah	Kepala Instalasi Rawat Inap
			Jam visite dokter spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap, Komite Medik, Komite Mutu
			Kejadian Infeksi Pasca Operasi	≤1,5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%



No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab	
		Jenis	Uraian										
			Angka Kejadian Infeksi Nosokomial	≤ 1,5 %	0%	0,025%	0,015 %	0,010 %	0,005 %	0%	0%	Kepala Instalasi Rawat Inap, Komite Medik, Komite Mutu	
			Tidak Adanya Kejadian Pasien Jatuh Yang Berakibat Kecacatan/Kematian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			Pasien Rawat Inap Tuberkulosis Yang Ditangani Dengan Strategi DOTS	100%	100%	50%	60%	70%	80%	90%	90%	90%	Kepala Instalasi Rawat Inap
			Kematian Pasien > 48 Jam	≤ 0,25%	0%	0,25%	0,25%	0,25%	0,25%	0,25%	0,25%	0,25%	Komite Mutu
			Kejadian Pulang Paksa	< 5 %	0%	0,125%	0,115 %	0,105 %	0,085 %	0,075 %	0,075 %	0,075 %	Komite Mutu
		Outcome	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap	≥ 76 %	sampel tidak mencukupi	78%	80%	85%	90%	91%	95%	95%	Komite Mutu
		4	Pelayanan Bedah Sentral	Input	Pemberi pelayanan di Instalasi Bedah Sentral	Dokter spesialis dan perawat	Dokter spesialis dan perawat	Dokter spesialis dan perawat	Dokter spesialis dan perawat	Dokter spesialis dan perawat	Dokter spesialis dan perawat	Dokter spesialis dan perawat	Dokter spesialis dan perawat





No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab	
		Jenis	Uraian										
			Benda Asing Pada Tubuh Pasien Setelah Operasi									Sentral, Komite medis	
		Output	Komplikasi Anestesi Karena Overdosis, Reaksi Anestesi Dan Salah Penempatan Endotracheal Tube	≤6 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Bedah Sentral, Komite medis	
5	Persalinan dan perinatologi	Input	Pemberi Pelayanan Persalinan Normal	100% (Dokter spOG dan bidan)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Mutu	
			Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Penyulit	Tersedia	BELUM TERSEDIA	TERSEDIA	TERSEDIA	TERSEDIA	TERSEDIA	TERSEDIA	TERSEDIA	TERSEDIA	Komite Mutu
			Pemberi Pelayanan Persalinan Dengan Tindakan Operasi	100% (Ada tim)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Mutu
		Proses	Kemampuan Menangani BBLR 1500 Gr – 2500 Gr	100%	TIDAK ADA PASIEN	63,5%	70%	75%	80%	85%	85%	Komite Mutu	
			Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria	≤20 %	43,3%	58,5%	50%	40%	30%	20%	20%	Komite Mutu	
			Keluarga Berencana	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kasi Pelayanan Medik

No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab
		Jenis	Uraian									
			Pelayanan konseling pada akseptor kontrasepsi mantap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite Mutu
		Output	Kejadian Kematian Ibu Karena Persalinan	Pendarahan $\leq 1\%$ , pre-eklampsia $\leq 30\%$ , Sepsis $\leq 0,2\%$	PREEKLAMPSIA 0% perdarahan dan sepsis tidak ada pasien	PREEKLAMPSIA 0% perdarahan dan sepsis tidak ada pasien	perdarahan 1%, preeklampsia 30%, sepsis 0,2%	perdarahan 0,95%, preeklampsia 25%, sepsis 0,15%	perdarahan 0,85%, preeklampsia 20%, sepsis 0,10%	perdarahan 0,75%, preeklampsia 15%, sepsis 0,05%	perdarahan 0,75%, preeklampsia 15%, sepsis 0,05%	Komite Medik
		Outcome	Kepuasan Pelanggan	$\geq 76\%$	77,90%	78%	80%	85%	90%	91%	95%	Komite Mutu
6	Pelayanan intensif	Input	Pemberi Pelayanan Intensif	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit	Sesuai dengan ketentuan kelas rumah sakit	Komite Medik, Komite Mutu
		Ouput	Rata-Rata Pasien Yang Kembali Ke Perawatan Intensif Dengan Kasus Yang Sama < 72 Jam	$\leq 3\%$	belum memberikan pelayanan	3%	3%	2,5%	2%	1,5%	1,5%	Komite Medik, Komite Mutu



No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab
		Jenis	Uraian									
7	Pelayanan Radiologi	Input	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Rontgen	100%	98,3%	98%	99%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Radiologi
		Proses	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Foto Thorax	≤ 3 jam	10 jam 22 menit	19 jam 45 menit	9 jam	8 jam	7 jam	6 jam	6 jam	Kepala Instalasi Radiologi
		Output	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen	≤ 2 %	1%	1%	0,5%	0%	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Radiologi
		Outcome	Kepuasan Pelanggan	≥ 76 %	77,90%	78%	80%	85%	90%	91%	95%	Ketua Komite Mutu / Tim Mutu
8	Laboratorium Patologi Klinik	Input	Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	59,83%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laborato-rium Patologi Klinik (Lab PK)
		Proses	Waktu Tunggu Hasil Pelayanan Laboratorium	≤ 140 menit	40 menit 40 detik	36 menit 30 detik	35 menit	30 menit	25 menit	20 menit	15 menit	Kepala Instalasi Laborato-rium Patologi Klinik (Lab PK)

No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab	
		Jenis	Uraian										
		Output	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Klinik (Lab PK)	
		Outcome	Kepuasan Pelanggan	≥ 76 %	sampel tidak mencukupi	75%	76%	80%	85%	90%	95%	Kepala Instalasi Laboratorium Patologi Klinik (Lab PK)	
9	Farmasi	Input	Pemberi layanan farmasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Farmasi	
		Proses	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Jadi	≤30 menit	10 menit	16 menit	25 menit	24 menit	23 menit	22 menit	21 menit	Kepala Instalasi Farmasi	
			Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤60 menit	8 MENIT	60 menit	60 menit	59 menit	58 menit	57 menit	56 menit	Kepala Instalasi Farmasi	
		Output	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Obat	100%	100%	99,9%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Farmasi
			penulisan resep sesuai formularium	100%	85%	93,5%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Farmasi



No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab	
		Jenis	Uraian										
		Outcome	Kepuasan Pelanggan	≥ 76 %	77,90%	78%	80%	85%	90%	91%	95%	Kepala Instalasi Farmasi	
11	Gizi	Input	Pemberi pelayanan gizi	100% ahli gizi	100% ahli gizi	100% ahli gizi	100% ahli gizi	100% ahli gizi	100% ahli gizi	100% ahli gizi	100% ahli gizi	Kepala Instalasi Gizi	
		Proses	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi
			Sisa Makanan Yang Tidak Termakan Oleh Pasien	≤20 %	15%	11,5%	11%	10,5%	10%	9,5%	9%	Kepala Instalasi Gizi	
		Output	Tidak Adanya Kesalahan Dalam Pemberian Diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Gizi
12	Transfusi Darah	Input	Pemberi pelayanan transfusi darah	Petugas bank darah	Petugas bank darah	Petugas bank darah	Petugas bank darah	Petugas bank darah	Petugas bank darah	Petugas bank darah	Petugas bank darah	Kepala Instalasi Lab PK & Bank Darah Rumah Sakit (BDRS)	
		Proses	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Lab PK & Bank Darah Rumah Sakit (BDRS)



No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab	
		Jenis	Uraian										
			Kejadian Reaksi Transfusi	≤0,01 %	0,01%	0,01%	0,01%	0,005 %	0%	0%	0%	Kepala Instalasi Lab PK & Bank Darah Rumah Sakit (BDRS)	
		Ouput	Tidak terjadi kesalahan pemberian darah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Lab PK & Bank Darah Rumah Sakit (BDRS)	
13	Pelayanan pasien keluarga miskin	Input	Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Tersedia	Direktur Rumah Sakit	
			Adanya kebijakan untuk pelayanan keluarga miskin	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Direktur Rumah Sakit	
		Proses	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS	100%	TIDAK ADA PASIEN	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
		Output	Tidak adanya pasien keluarga miskin yang tidak terlayani	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit
		Outcome	Kepuasan pelanggan	≥ 76 %	77,90%	78%	80%	85%	90%	91%	95%	Direktur Rumah Sakit	



No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab
		Jenis	Uraian									
14	Rekam medik	Input	Pemberi pelayanan rekam medis	Sesuai persyaratan	Sesuai persyaratan	Sesuai persyaratan	Sesuai persyaratan	Sesuai persyaratan	Sesuai persyaratan	Sesuai persyaratan	Sesuai persyaratan	Kepala Instalasi Rekam Medik
		Proses	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Jalan	≤ 10 menit	3 MENIT	3 menit 30 detik	3 menit	2 menit 50 detik	2 menit 40 detik	2 menit 30 detik	2 menit 20 detik	Kepala Instalasi Rekam Medik
			Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Pelayanan Rawat Inap	≤ 15 menit	6 menit 40 detik	5 menit 30 detik	5 menit 20 detik	5 menit 10 detik	5 menit	4 menit 50 detik	4 menit 40 detik	Kepala Instalasi Rekam Medik
		Output	Kelengkapan Pengisian Rekam Medik 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan	100%	85,6%	73%	85%	90%	95%	100%	100%	Kepala Instalasi Rekam Medik
			Kelengkapan Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi Yang Jelas	100%	85,6%	86%	90%	95%	100%	100%	100%	Kepala Instalasi Rekam Medik
		15	Pengolahan limbah	Input	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit	Sesuai peraturan perundangan	Sesuai peraturan perundangan	Sesuai peraturan perundangan	Sesuai peraturan perundangan	Sesuai peraturan perundangan	Sesuai peraturan perundangan	Sesuai peraturan perundangan
Proses	Pengelolaan Limbah Padat			100%	64%	92%	95%	97%	100%	100%	100%	Kepala IPLRS

No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab	
		Jenis	Uraian										
		Output	Baku Mutu Limbah Cair										
16	Administrasi dan manajemen	Input	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja (periode analisis 3 tahun)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Direktur Rumah Sakit	
		Proses	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi (periode analisis 3 bulan)	100%	90%	90%	91%	92%	93%	94%	95%	Direktur Rumah Sakit	
			Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat (periode analisis 1 tahun)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha
			Ketepatan Waktu Pengurusan Kenaikan Gaji Berkala (periode analisis 1 tahun)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala Bagian Tata Usaha
			Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan (periode analisis 3 bulan)	≥ 90 %	25%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	Ka Sub Bag. Keuangan dan Perencana-an Program	





No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab	
		Jenis	Uraian										
			TOI ( <i>Turn Over Internal</i> )	1-3 hari	69,21 hari	4	5	4	3	2	1	Kepala Instalasi Rekam Medik	
			AVLOS ( <i>Average Length of Stay</i> )	6-9 hari	4,53 hari	4 hari	4 hari	4 hari	4 hari	4 hari	4 hari	Kepala Instalasi Rekam Medik	
			GDR ( <i>Gross Death Rate</i> )	0,45%	7,14%	6,50%	4,50%	2,50%	0,50%	0,45%	0,45%	Kepala Instalasi Rekam Medik	
17	Ambulans/kereta jenazah	Input	Ketersediaan pelayanan ambulans/kereta jenazah	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	tersedia	Kasi Penunjang Non Klinik	
		Proses	Waktu Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	24 jam	Kasi Penunjang Non Klinik
			Kecepatan Memberikan Pelayanan Ambulance/Mobil Jenazah Di Rumah sakit	100%	36,3%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kasi Penunjang Non Klinik
		Ouput	Tidak terjadinya kecelakaan ambulans/kereta jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kasi Penunjang Non Klinik



No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab
		Jenis	Uraian									
18	Pemulasaraan jenazah	Input	pemberi pelayanan pemulasaraan jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepegawaian
		Proses	waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	≤ 2 jam	36 menit	55 menit	54 menit	53 menit	52 menit	51 menit	50 menit	Kepala Unit Kedokteran Kehakiman
19	Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	Input	Penanggungjawab sarana pemeliharaan rumah sakit	SK Direktur	SK Direktur	SK Direktur	SK Direktur	SK Direktur	SK Direktur	SK Direktur	SK Direktur	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR)
		Proses	Waktu Tanggap Kerusakan Alat	≥80 %	70%	78,5%	80%	85%	90%	95%	100%	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR)
			Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%	55%	50%	65%	75%	85%	100%	100%	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR)



No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab	
		Jenis	Uraian										
		Ouput	Peralatan laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	100%	0%	50%	65%	75%	85%	100%	100%	Kepala Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS)	
20	Pelayanan laundry	Input	Penyedia layanan laundry	Petugas laundry sesuai SK Direktur	Petugas laundry sesuai SK Direktur	Petugas laundry sesuai SK Direktur	Petugas laundry sesuai SK Direktur	Petugas laundry sesuai SK Direktur	Petugas laundry sesuai SK Direktur	Petugas laundry sesuai SK Direktur	Petugas laundry sesuai SK Direktur	Kasi Penunjang Non Klinik	
		Proses	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Untuk Ruang Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kasi Penunjang Non Klinik
		Ouput	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kasi Penunjang Non Klinik
21	Pelayanan CSSD	Input	Penyedia layanan CSSD	Petugas CSSD sesuai SK Direktur	Petugas CSSD sesuai SK Direktur	Petugas CSSD sesuai SK Direktur	Petugas CSSD sesuai SK Direktur	Petugas CSSD sesuai SK Direktur	Petugas CSSD sesuai SK Direktur	Petugas CSSD sesuai SK Direktur	Petugas CSSD sesuai SK Direktur	Kasi Penunjang Non Klinik	

No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab
		Jenis	Uraian									
		Proses	Waktu tunggu hasil pelayanan sterilisasi steam	100%	23,3%	27%	30%	35%	40%	45%	50%	Kasi Penunjang Non Klinik
			Kepatuhan staf CSSD dalam penggunaan APD diarea dekontaminasi	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		Output	Tidak adanya kejadian instrumen hilang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
22	Pencegahan dan pengendalian infeksi	Input	Tersedianya Anggota Tim PPI Terlatih	≥ 75 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Komite PPI
			Data ketersediaan APD	75%	80,90%	80,90%	90%	95%	100%	100%	100%	100%
		Proses	Kegiatan Pencatatan Dan Pelaporan Infeksi Nosokomial Di Rumahsakit	75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
23	Kegiatan penegakan diagnosis TB di rawat jalan	Input	Ketersediaan tim TB-DOTS	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Direktur
		Proses	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%	TIDAK ADA PASIEN	60%	80%	90%	100%	100%	100%	100%



No	Jenis pelayanan	Indikator		Standar	Capaian 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024	Target 2025	Target 2026	Penanggung Jawab
		Jenis	Uraian									
		output	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	60%	TIDAK ADA PASIEN	60%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi rawat jalan
24	Kegiatan penegakan diagnosis TB di rawat inap	Input	Ketersediaan tim TB-DOTS	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Satu tim	Direktur
		Proses	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%	100%	100%	80%	90%	100%	100%	100%	Kepala instalasi rawat inap
		output	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Kepala instalasi rawat inap

BUPATI BLITAR

ttd

RINI SYARIFAH

SALINAN sesuai dengan aslinya,  
KEPALA BAGIAN HUKUM

BENNY SETYOHADI, SH., MH.  
Pembina Tk. I  
NIP. 19680830 198903 1 006

LAMPIRAN II PERATURAN BUPATI BLITAR  
NOMOR 19 TAHUN 2021  
TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SRENGAT  
KABUPATEN BLITAR

URAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

I. PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Kemampuan menangani lifesaving anak dan dewasa

Indikator	Kemampuan menangani life saving di Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan Pelayanan Gawat Darurat
Definisi Operasional	Life Saving adalah upaya penyelamatan jiwa manusia dengan urutan Airway, Breath, Circulation
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif pasien yang mendapat pertolongan life saving di Gawat Darurat
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang membutuhkan penanganan life saving di Unit Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik di Gawat Darurat
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat



2. Pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/ GELS

Indikator	Pemberi pelayanan kegawat daruratan yang bersertifikat ATLS/BTLS/ACLS/PPGD/ GELS
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat oleh tenaga kompeten dalam bidang ke gawat daruratan
Definisi Operasional	Tenaga kompeten pada gawat darurat adalah tenaga yang sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/GELS/ALS
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah tenaga yang bersertifikat BLS/PPGD/GELS/ALS
Denominator	Jumlah tenaga yang memberikan pelayanan kegawat daruratan
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit

3. Ketersediaan tim penanggulangan bencana

Indikator	Ketersediaan tim penanggulangan bencana
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiagaan rumah sakit untuk memberikan pelayanan penanggulangan bencana

Definisi Operasional	Tim penanggulangan bencana adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk penanggulangan akibat bencana yang mungkin terjadi sewaktu – waktu
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim penanggulangan bencana yang ada di rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Instalasi gawat darurat
Standar	Satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

#### 4. Jam buka pelayanan gawat darurat

Indikator	Jam buka pelayanan Gawat darurat
Dimensi Mutu	Keterjangkauan
Tujuan	Tersedianya Pelayanan Gawat Darurat 24 Jam di setiap Rumah Sakit
Definisi Operasional	Jam buka 24 jam adalah Gawat Darurat selalu siap memberikan pelayanan selama 24 jam penuh.
Frekuensi 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

#### 5. Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat

Indikator	Waktu tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang cepat, responsif dan mampu menyelamatkan pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Kecepatan pelayanan dokter di gawat darurat adalah Kecepatan pasien dilayani sejak pasien datang sampai mendapat pelayanan dokter (menit)
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif waktu yang diperlukan sejak kedatangan semua pasien yang di sampling secara acak sampai dilayani dokter
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang di sampling ( <i>minimal n = 50</i> )
Sumber Data	Sample
Standar	≤ 5 menit terlayani setelah pasien datang

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu
-----------------------------------	--

6. Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka

Indikator	Tidak adanya keharusan untuk membayar uang muka
Dimensi Mutu	Akses dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang mudah diakses dan mampu segera memberikan pertolongan pada pasien gawat darurat
Definisi Operasional	Uang muka adalah uang yang diserahkan kepada pihak rumah sakit sebagai jaminan terhadap pertolongan medis yang akan diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang datang di Gawat Darurat
Sumber Data	Survei
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat



## 7. Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat

Indikator	Kepuasan Pelanggan pada Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan gawat darurat yang mampu memberikan kepuasan Pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang di berikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien Gawat Darurat yang di survey
Denominator	Jumlah seluruh pasien Gawat Darurat yang di survey ( <i>minimal n = 50</i> )
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 76 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat / Tim Mutu / Panitia Mutu

8. Kematian Pasien  $\leq 24$  jam di Gawat Darurat

Indikator	Kematian Pasien $\leq 24$ jam di Gawat Darurat
Dimensi Mutu	Efektifitas dan Keselamatan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan yang efektif dan mampu menyelamatkan pasien gawat

	Darurat
Definisi	Kematian $\leq$ 24 jam adalah kematian yang terjadi dalam periode 24 jam sejak pasien
Operasional	Dating
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiga bulan
Periode Analisa	Tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dalam periode $\leq$ 24 jam sejak pasien datang
Denominator	Jumlah seluruh yang ditangani di Gawat Darurat
Sumber Data	Rekam Medik
Standar	$\leq$ 2 perseribu
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Gawat Darurat

## II. PELAYANAN RAWAT JALAN

### 1. Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis

Indikator	Pemberi pelayanan di klinik spesialis
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan klinik oleh tenaga spesialis yang kompeten
Definisi Operasional	Klinik spesialis adalah klinik pelayanan rawat jalan di rumah sakit yang dilayani oleh dokter spesialis (untuk rumah sakit pendidikan dapat dilayani oleh dokter PPDS sesuai dengan special privilege yang diberikan)
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan



Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah hari buka klinik spesialis yang ditangani oleh dokter spesialis dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh hari buka klinik spesialis dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan poliklinik spesialis
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

## 2. Ketersediaan pelayanan rawat jalan

Indikator	Ketersediaan pelayanan rawat jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan rawat jalan spesialistik yang dilaksanakan di rumah sakit. Ketersediaan pelayanan rawat jalan untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi dari rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada

Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

### 3. Jam Buka pelayanan sesuai ketentuan

Indikator	Jam Buka pelayanan sesuai ketentuan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat jalan spesialistik pada hari kerja di rumah sakit
Definisi Operasional	Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat jalan oleh tenaga Spesialis. Jam buka pendaftaran hari senin-kamis jam 07.00-11.30 Hari jumat Jam 07.00 – 10.00 Hari sabtu Jam 07.00 -11.00 Jam buka poli hari senin-kamis 08.00 – 13.00 Hari jumat Jam 08.00-11.00 hari sabtu jam 08.00-12.00
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pelayanan rawat jalan spesialistik yang buka sesuai ketentuan dalam satu Bulan



Denominator	Jumlah seluruh hari pelayanan rawat jalan spesialisistik dalam satu bulan
Sumber Data	Register rawat jalan
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan

#### 4. Waktu tunggu di Rawat Jalan

Indikator	Waktu tunggu di Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat jalan spesialisistik pada hari kerja di setiap rumah sakit yang mudah dan cepat diakses oleh pasien
Definisi Operasional	Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei
Sumber Data	Survey Pasien rawat jalan
Standar	≤ 60 menit
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan/komite mutu/tim mutu

#### 5. Pasien rawat jalan tuberkulosis yang ditangani dengan strategi

## DOTS

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



## 6. Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan

Indikator	Kepuasan Pelanggan pada Rawat Jalan
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan
Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah kumulatif rerata penilaian kepuasan pasien rawat jalan yang disurvei
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat jalan yang disurvei ( <i>minimal n = 50</i> )
Sumber Data	Survey
Standar	$\geq 76 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat jalan /tim mutu/panitia mutu

## III. PELAYANAN RAWAT INAP

## 1. Pemberi pelayanan rawat inap

Indikator	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh tenaga yang kompeten

Definisi Operasional	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan diruang rawat inap yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

## 2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Indikator	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan



Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

### 3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Indikator	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb.
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis – jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Register rawat inap

Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tsb)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

#### 4. Pasien rawat inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Indikator	Pasien rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat Inap bagi pasien tuberkulosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberkulosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberkulosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberkulosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberkulosis yang sesuai dengan standar penanggulanagn tuberkulosis nasional, dan semua pasien yang tuberkulosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan



Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosi yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosi yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber Data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	≥ 60%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

#### 5. Jam visite dokter spesialis

Indikator	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis sehari-hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggungjawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai dengan 14.00
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan 14.00 yang disurvei

Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvey
Sumber Data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap/Komite medik/Panitia mutu

#### 6. Kejadian infeksi pasca operasi

Indikator	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pasca operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5 \%$



Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite medik/komite mutu/tim mutu
-----------------------------------	---

#### 7. Angka kejadian infeksi nosokomial

Indikator	Angka kejadian infeksi nosokomial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokomial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokomial adalah infeksi yang dialami oleh pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokomial dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Survei, laporan infeksi nosokomial
Standar	$\leq 1,5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap/komite medik/panitia mutu

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

Indikator	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan keperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb, yang berakibat kecacatan atau kematian
Frekuensi Pengumpulan Data	tiap bulan
Periode Analisa	tiap bulan
Numerator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala instalasi rawat inap

9. Kematian Pasien > 48 Jam

Indikator	Kematian Pasien > 48 Jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan Efektifitas



Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap > 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 0,24 \% \leq 2,4/1000$ (internasional) (NDR $\leq 25/1000$ , Indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

#### 10. Kejadian pulang paksa

Indikator	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter

Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam Medis
Standar	$\leq 5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

#### 11. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Indikator	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)



Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber Data	Survei
Standar	≥ 76 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

#### IV. BEDAH SENTRAL

##### 1. Pemberi Pelayanan di Instalasi Bedah Sentral

Indikator	Pemberi pelayanan bedah sentral
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnik
Tujuan	Tersedianya pelayanan bedah sentral oleh tenaga yang kompeten
Definisi Operasional	Pemberi pelayanan bedah sentral adalah dokter spesialis dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D3)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
Periode Analisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter spesialis dan perawat yang memberi pelayanan diruang bedah sentral yang sesuai dengan ketentuan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter spesialis dan perawat yang bertugas di ruang bedah sentral
Sumber Data	Kepegawaian
Standar	100 %

Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi bedah sentral
-----------------------------------	--------------------------------

## 2. Dokter Penanggung Jawab Ruang Bedah Sentral

Indikator	Dokter penanggung jawab pasien ruang bedah sentral
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan bedah sentral yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab bedah sentral adalah dokter spesialis yang mengkoordinasikan kegiatan Pelayanan bedah sentral sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien bedah sentral dalam satu bulan yang mempunyai dokter spesialis sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien bedah sentral dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medik
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap



## 3. Waktu tunggu operasi elektif

Indikator	Waktu tunggu operasi elektif
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan penanganan antrian pelayanan bedah
Definisi Operasional	Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	≤ 2 hari
Penanggung jawab	Ketua instalasi bedah sentral

## 4. Kejadian kematian dimeja operasi

Indikator	Kejadian kematian dimeja operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, efektifitas
Tujuan	Tergambarnya efektifitas pelayanan bedah sentral dan anestesi dan kepedulian terhadap keselamatan pasien

Definisi Operasional	Kematian dimeja operasi adalah kematian yang terjadi di atas meja operasi pada saat operasi berlangsung yang diakibatkan oleh tindakan anastesi maupun tindakan pembedahan
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap bulan dan sentinel event
Periode Analisa	Tiap bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang meninggal dimeja operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dilakukan tindakan pembedahan dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	$\leq 1 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

#### 5. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi

Indikator	Tidak adanya kejadian operasi salah sisi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah sisi adalah kejadian dimana pasien dioperasi 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 Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang dioperasi salah sisi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

#### 6. Tidak adanya kejadian operasi salah orang

Indikator	Tidak adanya kejadian operasi salah orang
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya kepedulian dan ketelitian instalasi bedah sentral terhadap keselamatan pasien
Definisi Operasional	Kejadian operasi salah orang adalah kejadian dimana pasien dioperasi pada orang yang salah
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah operasi salah orang dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan

Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

#### 7. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi

Indikator	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya ketelitian dalam pelaksanaan operasi dan kesesuaiannya dengan tindakan operasi rencana yang telah ditetapkan
Definisi	Kejadian salah tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami
Operasional	tindakan operasi yang telah direncanakan tidak sesuai
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami salah tindakan operasi dalam waktu satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis



8. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah operasi

Indikator	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh pasien setelah Operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Kejadian tertinggalnya benda asing adalah kejadian dimana benda asing seperti kapas, gunting, peralatan operasi dalam tubuh pasien akibat tindakan suatu Pembedahan
Definisi Operasional	Kejadian salah satu tindakan pada operasi adalah kejadian pasien mengalami tindakan operasi yang tidak sesuai dengan yang direncanakan
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan dikurangi jumlah pasien yang mengalami tertinggalnya benda asing dalam tubuh akibat operasi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam satu bulan
Sumber Data	Rekam medis, laporan keselamatan pasien
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

9. Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube

Indikator	Komplikasi anastesi karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarkannya kecermatan tindakan anastesi dan monitoring pasien selama proses penundaan berlangsung
Definisi Operasional	Komplikasi anastesi adalah kejadian yang tidak diharapkan sebagai akibat komplikasi anastesi antara lain karena over dosis, reaksi anantesi dan salah penempatan endotracheal tube
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan dan sentinel event
Periode Analisa	1 bulan dan sentinel event
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami komplikasianastesi dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang dioperasi dalam waktu satu bulan
Sumber Data	Rekam medis
Standar	$\leq 6 \%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi bedah sentral/komite medis

## V. PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1. Pemberi pelayanan persalinan normal

Indikator	Pemberi pelayanan persalinan normal
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten



Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan normal adalah dokter 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.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pertolongan persalinan normal.
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

## 2. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit

Indikator	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan normal oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit adalah Tim PONEK yang terdiri dari dokter Sp,OG, dengan dokter umum dan bidan (perawat yang terlatih).
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Tersedianya tim dokter Sp.OG, dokter umum, bidan dan perawat terlatih.
Denominator	Tidak ada

Sumber data	Kepegawaian dan rekam medis
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Komite mutu

### 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi

Indikator	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tenaga yang Kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi adalah dokter spesialis obgyn, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp. OG, dokter spesialis anak, dokter spesialis anastesi yang memberikan pertolongan persalinan dengan tindakan operasi.
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang melayani persalinan dengan tindakan operasi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu



## 4. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr-2500 gr

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

## 5. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria

Indikator	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Dimensi mutu	Efektifitas, keselamatan dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya pertolongan di rumah sakit yang sesuai dengan indikasi dan efisien.
Definisi operasional	Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria adalah tindakan persalinan melalui pembedahan abdominal baik elektif maupun emergensi (kasus non rujukan)

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah persalinan dengan seksio cesaria dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh persalinan dalam 1 bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	≤20%
Penanggung jawab	Komite mutu

#### 5. Keluarga Berencana

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



## 6. Konseling KB Mantap

Indikator	Keluarga Berencana Mantap
Dimensi mutu	Ketersediaan kontrasepsi mantap
Tujuan	Mutu dan kesinambungan pelayanan
Definisi operasional	Proses konsultasi antara pasien dengan bidan terlatih untuk mendapatkan pilihan pelayanan KB mantap yang sesuai dengan pilihan status kesehatan pasien.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah konseling layanan KB mantap
Denominator	Jumlah peserta KB mantap
Sumber data	Laporan unit layanan KB
Standar	100%
Penanggung jawab pengumpulan data	Direktur Pelayanan Medik

## 7. Kejadian kematian ibu karena persalinan

Indikator	Kejadian kematian ibu karena persalinan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Mengetahui mutu pelayanan rumah sakit terhadap pelayanan persalinan.
Definisi operasional	Kematian ibu melahirkan yang disebabkan karena perdarahan, pre eklamsia, eklamsia, partus lama dan sepsis. Perdarahan adalah perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan semua skala persalinan dan nifas. Pre-eklamsia dan eklamsia mulai terjadi pada kehamilan trimester kedua, pre-

	<p>eklampsia dan elampsia merupakan kumpulan dari dua dari tiga tanda, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah sistolik &gt; 160 mmHg dan diastolik &gt;110 mmHg</li> <li>- Protein uria &gt; 5 gr/24 jam 3+/4-pada pemeriksaan kualitati</li> <li>- Oedem tungkai</li> </ul> <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 partus yang lebih dari 1 jam mengejan setelah dipimpin meneran untuk multi gravida dan 2 jam untuk primigravida</p>
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah kematian pasien persalinan karena pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis
Denominator	Jumlah pasien-pasien persalinan dengan pendarahan, pre-eklampsia/eklampsia dan sepsis.
Sumber data	Rekam medis rumah sakit
Standar	Pendarahan $\leq$ 1% pre-eklampsia $\leq$ 30%, sepsis $\leq$ 0,2%
Penanggung jawab	Komite medik



## 8. Kepuasan Pelanggan

Indikator	Kepuasan Pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pasien terhadap mutu pelayanan persalinan
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan persalinan.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 76 %
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

## VI. PELAYANAN INTENSIF

## 1. Pemberi pelayanan unit intensif

indikator	Pemberi pelayanan unit intensif
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan intensif tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan intensif adalah dokter Sp.An dan dokter spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter Sp.An dan spesialis yang sesuai dengan kasus yang ditangani, perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara yang melayani pelayanan perawatan intensif
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang melayani perawatan intensif
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite medik/mutu

2. Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam

Indikator	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam
Dimensi mutu	Efektifitas
Tujuan	Tergambarnya keberhasilan perawatan intensif
Definisi operasional	Pasien kembali keperawatan intensif dari ruang rawat inap dengan kasus yang sama dalam waktu < 72 jam
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam dalam 1 bulan.



Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat di ruang intensif dalam 1 bulan.
Sumber data	Rekam medis
Standar	< 3%
Penanggung jawab	Komite mudik/mutu

## VII. RADIOLOGI

### 1. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan

Indikator	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan rontgen dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi rontgen adalah dokter spesialis Radiologi yang mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan foto rontgen/ hasil pemeriksaan radiologi. Bukti pembacaan dan verifikasi adalah dicantumkan tanda tangan dokter spesialis radiologi pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan kepada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rontgen yang dibaca dan diverifikasi oleh dokter spesialis radiologi dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto rontgen dalam 1 bulan.

Sumber data	Register di Instalasi Radiologi
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

## 2. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto

Indikator	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi
Definisi operasional	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang difoto thorax dalam bulan tersebut.
Sumber data	rekam medis
Standar	≤ 3jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi radiologi

## 3. Kejadian kegagalan pelayanan rontgen

Indikator	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen
Dimensi mutu	Efektifitas dan efisiensi
Tujuan	Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan rontgen



Definisi operasional	Kegagalan pelayanan rontgen adalah kerusakan foto yang tidak dapat dibaca
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah foto rusak yang tidak dapat dibaca dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan foto dalam 1 bulan
Sumber data	Register radiology
Standar	$\leq 2\%$
Penanggung jawab	Kepala instalasi Radiologi

#### 4. Kepuasan pelanggan

Indikator	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan radiologi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan radiology
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang disurvei yang menyatakan puas
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	$\geq 76\%$
Penanggung jawab	Ketua komite mutu/tim mutu

jawab	
-------	--

## VIII. LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

### 1. Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium

Indikator	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Pembacaan dan verifikasi hasil pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh tenaga ahli untuk memastikan ketepatan diagnosis.
Definisi operasional	Pelaksana ekspertisi laboratorium adalah dokter spesialis patologi mempunyai kewenangan untuk melakukan pembacaan hasil pemeriksaan laboratorium. Bukti dilakukan ekspertisi adalah adanya tandatangan pada lembar hasil pemeriksaan yang dikirimkan pada dokter yang meminta.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hasil lab. 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	Kepala instalasi laboratorium



## 2. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium

Indikator	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Pemeriksaan laboratorium yang dimaksud adalah pelayanan pemeriksaan laboratorium rutin dan kimia darah. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium untuk pemeriksaan laboratorium adalah tenggang waktu mulai pasien diambil sample sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium pasien yang disurvei dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium yang disurvei dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	≤ 140 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

## 3. Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium

Indikator	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya ketelitian pelayanan laboratorium

Definisi operasional	Kesalahan penyerahan hasil laboratorium adalah penyerahan hasil laboratorium pada salah orang.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien yang diperiksa laboratorium dalam satu bulan jumlah penyerahan hasil laboratorium salah orang dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pasien yang diperiksa di laboratorium dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

#### 4. Kepuasan pelanggan

Indikator	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan laboratorium
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan laboratorium.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam



	prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minial 50)
Sumber data	Survei
Standar	≥ 76 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

## IX. FARMASI

### 1. Pemberi Pelayanan Farmasi

Indikator	Pemberi layanan Farmai
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan farmasi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan farmasi adalah apoteker, tenaga teknis kefarmasian, dan asisten kesehatan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah apoteker, tenaga teknis kefarmasian, dan asisten kesehatan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pelayanan kefarmasian
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

### 2.a. Waktu tunggu pelayanan obat jadi

Indikator	Waktu tunggu pelayanan obat jadi
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi

Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	Survey
Standar	≤30 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

#### 2.b. Waktu tunggu pelayanan obat racikan

Indikator	Waktu tunggu pelayanan obat racikan
Dimensi mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan farmasi
Definisi operasional	Waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu tunggu pelayanan obat racikan pasien yang disurvei dalam satu bulan



Denominator	Jumlah pasien yang disurvey dalam bulan tersebut.
Sumber data	Survey
Standar	≤60 menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

### 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat

Indikator	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
Dimensi mutu	Keselamatan dan kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kejadian kesalahan dalam pemberian obat
Definisi operasional	Kesalahan pemberian obat meliputi : 1. Salah dalam memberikan jenis obat 2. Salah dalam memberikan dosis 3. Salah orang 4. Salah jumlah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey dikurangi jumlah pasien yang mengalami kesalahan pemberian obat
Denominator	Jumlah seluruh pasien instalasi farmasi yang disurvey
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

## 4. Penulisan resep sesuai formularium

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

## 4. Kepuasan Pelanggan

Indikator	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan farmasi
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan farmasi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan



Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	≥ 76 %
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Farmasi

## X. Gizi

### 1. Pemberi Pelayanan Gizi

Indikator	Pemberi layanan Gizi
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan gizi oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan gizi adalah ahli gizi
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah ahli gizi
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pelayanan gizi
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi

### 2. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien

Indikator	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien
-----------	---

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

## 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien

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



Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	≤20%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

### 3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet

Indikator	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian diet
Dimensi mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi gizi
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan diet adalah kesalahan dalam memberikan jenis diet.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Gizi/Kepala Instalasi Rawat Inap

## XI. Tranfusi Darah

### 1. Pemberi Pelayanan Transfusi Darah

Indikator	Pemberi layanan Transfusi Darah
Dimensi mutu	Kompetensi teknis

Tujuan	Tersedianya pelayanan transfusi darah oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan transfusi darah adalah petugas bank darah atau perawat yang kompeten
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah petugas bank darah
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pelayanan transfusi darah
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi laboratorium

## 2. Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi

Indikator	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse
Dimensi mutu	Keselamatan dan kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kemampuan bank darah rumah sakit dalam menyediakan kebutuhan darah.
Definisi operasional	Cukup jelas
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan



Numerator	Jumlah permintaan kebutuhan darah yang dapat dipenuhi dalam 1 bulan
Denominator	Jumlah seluruh permintaan darah dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan bank darah

### 3. Kejadian Reaksi Transfusi

Indikator	Kejadian reaksi transfuse
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya manajemen risiko pada UTD
Definisi operasional	Reaksi transfusi adalah kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi akibat transfusi darah, dalam bentuk reaksi alergi, infeksi akibat transfusi, hemolisi akibat golongan darah tidak sesuai, atau gangguan sistem imun sebagai akibat pemberian transfusi darah.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	Kepala UTD

## 3. Tidak adanya kesalahan dalam pemberian darah

Indikator	Tidak adanya kesalahan dalam pemberian darah
Dimensi mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan instalasi laboratorium
Definisi operasional	Kesalahan dalam memberikan darah adalah kesalahan dalam memberikan jenis Darah
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pemberian darah yang disurvei dikurangi jumlah pemberian darah yang salah
Denominator	Jumlah pasien yang disurvei dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi laboratorium

## XII. PELAYANAN GAKIN

## 1. Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin

Indikator	Ketersediaan pelayanan untuk keluarga miskin
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan untuk keluarga miskin yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi pengumpulan	1 bulan



data	
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Terdapat pelayanan untuk keluarga miskin
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Survey
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

**2. Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan**

Indikator	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit Pelayanan
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap masyarakat miskin
Definisi operasional	Pasien Keluarga Miskin (GAKIN) adalah pasien pemegang kartu askeskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	Direktur Rumah Sakit

## 4. Kepuasan Pelanggan

Indikator	Kepuasan pelanggan
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya persepsi pelanggan terhadap pelayanan untuk keluarga miskin
Definisi operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan keluarga miskin
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan dari pasien yang disurvei
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	$\geq 76\%$
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

## IV. REKAM MEDIK

## 1. Pemberi pelayanan rekam medis

Indikator	Pemberi pelayanan rekam medis
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rekam medis oleh tenaga yang kompeten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan rekam medis adalah minimal SMK Kesehatan, D3 rekam medis atau S1 segala jurusan yang sudah di sumpah menjaga kerahasiaan rekam medis
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan



Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah petugas rekam medis dengan pendidikan jurusan SMK Kesehatan, D3 rekam medis atau S1 segala jurusan yang sudah di sumpah menjaga kerahasiaan rekam medis
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pelayanan rekam medis
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Komite mutu

## 2. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan

Indikator	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan pendaftaran rawat jalan
Definisi operasional	Dokumen rekam medis rawat jalan adalah dokumen rekam medis pasien baru atau pasien lama yang digunakan pada pelayanan rawat jalan. Waktu penyediaan dokumen rekam medik mulai dari pasien mendaftar sampai rekam medis disediakan/ditemukan oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 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 untuk pasien baru/diruang rekam medis untuk pasien lama.
Standar	Rerata $\leq 10$ menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

### 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap

Indikator	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap
Dimensi mutu	Efektifitas, kenyamanan, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan rekam medik rawat inap
Definisi 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 medik pelayanan rawat inap adalah waktu mulai pasien diputuskan untuk rawat inap oleh dokter sampai rekam medik rawat inap tersedia di bangsal pasien.
Frekuensi pengumpulan data	tiap bulan
Periode analisis	Tiap 3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif waktu penyediaan rekam medis sampel rawat inap yang diamati



Denominator	Total sampel penyediaan rekam medis rawat inap yang diamati
Sumber data	Hasil survei pengamatan diruang pendaftaran rawat jalan
Standar	Rerata $\leq 15$ menit
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medis

#### 4. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan

Indikator	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan
Dimensi mutu	Kesinambungan pelayanan dan keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter dalam kelengkapan informasi rekam medik.
Definisi operasional	Rekam medik yang lengkap adalah, rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu $< 24$ jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah diputuskan untuk pulang, pasien rawat inap yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	Kepala instalasi rekam medik/wadir pelayanan medik.

5. Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas

Indikator	Kelengkapan informed concent setelah mendapatkan informasi yang jelas
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya tanggung jawab dokter untuk memberikan kepada pasien dan mendapat persetujuan dari pasien akan tindakan medik yang dilakukan.
Definisi operasional	Informed concent adalah persetujuan yang diberikan pasien/keluarga pasien atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey yang mendapat informasi lengkap sebelum memberikan persetujuan tindakan medik dalam 1 bulan.
Denominator	Jumlah pasien yang mendapat tindakan medik yang disurvey dalam 1 bulan
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab	Kepala instalasi rekam medik



## XIV. Pengolahan Limbah

## 1. Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit

Indikator	fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit yaitu reactor IPAL dan TPS limbah B3
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Terdapat fasilitas dan peralatan pengelolaan limbah rumah sakit
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Survey
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

## 2. Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan

Indikator	Pengolahan limbah padat berbahaya sesuai dengan aturan
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya mutu penanganan limbah padat infeksius di rumah sakit
Definisi operasional	Limbah padat berbahaya adalah sampah pada akibat proses pelayanan yang mengandung bahan-bahan yang tercemar jasad renik yang dapat menularkan

	<p>penyakit dan/atau dapat mencederai, antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sisa jarum suntik</li> <li>2. Sisa ampul</li> <li>3. Kasa bekas</li> <li>4. Sisa jaringan</li> </ol> <p>Pengolahan limbah padat berbahaya harus dikelola sesuai dengan aturan dan pedoman yang berlaku</p>
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	Kepala IPRS / Kepala K3 RS

### 3. Baku mutu limbah cair

Indikator	Baku mutu limbah cair
Dimensi mutu	Keselamatan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap keamanan limbah cair rumah Sakit
Definisi operasional	Baku mutu adalah standar minimal pada limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan indikator :



	BOD (Biological Oxygen Demand) : 30 mg/liter COD (Chemical Oxygen Demand) : 80 mg/liter TSS (Total Suspended Solid) 30 mg/liter PH : 6-9
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil laboratorium pemeriksaan limbah cair rumah sakit yang sesuai dengan baku mutu.
Denominator	Jumlah seluruh pemeriksaan limbah cair.
Sumber data	Hasil pemeriksaan
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala IPRS

## XVI. Administrasi dan Manajemen

### 1. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja

Indikator	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi
Tujuan	Tergambarnya kepedulian administrasi rumah sakit dalam menunjukkan akuntabilitas kinerja pelayanan.
Definisi operasional	Akuntabilitas kinerja adalah perwujudan kewajiban rumah sakit untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan/kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan melalui pertanggungjawaban secara periodik.

	<p>Laporan akuntabilitas kinerja yang lengkap adalah laporan kinerja yang memuat pencapaian indikator-indikator yang ada pada SPM (Standar Pelayanan Minimal), indikator-indikator kinerja pada rencana strategik bisnis rumah sakit dan indikator-indikator kinerja yang lain yang dipersyaratkan oleh pemerintah daerah.</p> <p>Laporan akuntabilitas kinerja minimal 3 bulan sekali.</p>
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	3 tahun
Numerator	Laporan akuntabilitas yang lengkap dan dilakukan minimal 3 bulan dalam satu tahun
Denominator	Jumlah laporan akuntabilitas yang seharusnya disusun dalam satu tahun
Sumber data	Bagian Tata Usaha
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur rumah sakit

## 2. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi

Indikator	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya kepedulian direksi terhadap upaya perbaikan pelayanan di rumah sakit
Definisi operasional	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan tingkat direksi adalah pelaksanaan tindak lanjut yang harus dilakukan oleh peserta pertemuan terhadap kesepakatan atau keputusan yang telah diambil dalam pertemuan



	tersebut sesuai dengan permasalahan pada bidang masing-masing
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Hasil keputusan pertemuan direksi yang ditindaklanjuti dalam satu bulan
Denominator	Total hasil keputusan yang harus ditindaklanjuti dalam satu bulan
Sumber data	Notulen rapat
Standar	100%
Penanggung jawab	Direktur rumah sakit

### 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat

Indikator	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap tingkat kesejahteraan pegawai.
Definisi operasional	Usulan kenaikan pangkat pegawai dilakukan dua periode dalam satu tahun yaitu bulan April dan Oktober
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah pegawai yang diusulkan tepat waktu sesuai periode kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Denominator	Jumlah seluruh pegawai yang seharusnya

	diusulkan kenaikan pangkat dalam satu tahun.
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

#### 4. Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala

Indikator	Ketepatan waktu pengurusan kenaikan gaji berkala
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan pegawai
Definisi operasional	Usulan kenaikan berkala adalah kenaikan gaji secara periodik sesuai peraturan kepegawaian yang berlaku (UU No. 8/1974, UU No. 43/1999)
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu 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	Kepala Bagian Tata Usaha



## 5. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan

Indikator	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tergambarnya disiplin pengelolaan keuangan rumah sakit
Definisi operasional	Laporan keuangan meliputi realisasi anggaran dan arus kas Laporan keuangan harus diselesaikan sebelum tanggal 10 setiap bulan berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	Tiga bulan
Periode analisis	Tiga bulan
Numerator	Jumlah laporan keuangan yang diselesaikan sebelum tanggal setiap bulan berikutnya dalam tiga bulan
Denominator	Jumlah laporan keuangan yang harus diselesaikan dalam tiga bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

## 6. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap

Indikator	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap
Dimensi mutu	Efektivitas, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan pelayanan informasi pembayaran pasien rawat inap
Definisi operasional	Informasi tagihan pasien rawat inap meliputi semua tagihan pelayanan yang telah

	diberikan. Kecepatan waktu pemberian informasi tagihan pasien rawat inap adalah waktu mulai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter sampai dengan informasi tagihan diterima oleh pasien.
Frekuensi pengumpulan data	Tiap bulan
Periode analisis	Tiap tiga 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	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

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

Indikator	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu
Dimensi mutu	Efektivitas,
Tujuan	Tergambarnya kinerja manajemen dalam memperhatikan kesejahteraan karyawan.
Definisi operasional	Insentif adalah imbalan yang diberikan kepada karyawan sesuai dengan kinerja yang dicapai dalam satu bulan.
Frekuensi pengumpulan	Tiap 6 bulan



data	
Periode analisis	Tiap 6 bulan
Numerator	Jumlah bulan dengan kelambatan pemberian insentif
Denominator	6
Sumber data	Catatan di bagian keuangan
Standar	100%
Penanggung jawab	Bagian Keuangan

8. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun

Indikator	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam pertahun
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kualitas sumber daya manusia
Definisi operasional	Pelatihan adalah semua kegiatan peningkatan kompetensi karyawan yang dilakukan baik di rumah sakit ataupun di luar rumah sakit yang bukan merupakan pendidikan formal. Minimal per karyawan 20 jam per tahun.
Frekuensi pengumpulan data	Satu tahun
Periode analisis	Satu tahun
Numerator	Jumlah karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam per tahun
Denominator	Jumlah seluruh karyawan di rumah sakit
Sumber data	Sub bagian kepegawaian

Standar	≥60%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha

#### 9. Cost Recovery

Indikator	Cost recovery
Dimensi mutu	Efisiensi, efektivitas
Tujuan	Tergambarnya tingkat kesehatan keuangan di rumah sakit
Definisi operasional	Cost recovery adalah jumlah pendapatan fungsional dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah pembelanjaan operasional dalam periode waktu tertentu.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pendapatan fungsional dalam satu bulan
Denominator	Jumlah pembelanjaan operasional dalam satu bulan
Sumber data	Sub bagian kepegawaian
Standar	≥40%
Penanggung jawab	Kepala Bagian Tata Usaha/Keuangan

#### 10. BOR (Bed Occupancy Ratio)

Indikator	Cost recovery
Dimensi mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya pemanfaatan rawat inap
Definisi operasional	Bed Occupancy Ratio adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu



Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah hari perawatan di rumah sakit
Denominator	Jumlah tempat tidur x jumlah ahri dalam satu periode
Sumber data	Rekam Medik
Standar	60 – 85%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Instalasi Rekam Medik

#### 11. BTO (Bed Turn Over)

Indikator	Cost recovery
Dimensi mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya pemanfaatan rawat inap
Definisi operasional	Bed Turn Over adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien keluar (hidup + mati)
Denominator	Jumlah tempat tidur
Sumber data	Rekam Medik
Standar	40-50 kali
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Instalasi Rekam Medik

## 12. TOI (Turn Over Internal)

Indikator	Cost recovery
Dimensi mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya pemanfaatan rawat inap
Definisi operasional	Turn Over Internal adalah rata rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah tempat tidur X periode
Denominator	Jumlah pasien keluar hidup dan mati
Sumber data	Rekam Medik
Standar	1-3 kali
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Instalasi Rekam Medik

## 13. AVLOS (Average Length of Stay)

Indikator	Cost recovery
Dimensi mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya pemanfaatan rawat inap
Definisi operasional	Average Length of Stay adalah rata rata lama rawat seorang pasien
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah lama dirawat
Denominator	Jumlah pasien keluar dan mati



Sumber data	Rekam Medik
Standar	6-9 kali
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Instalasi Rekam Medik

#### 14. GDR (Gross Death Rate)

Indikator	Cost recovery
Dimensi mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Tergambarnya pemanfaatan rawat inap
Definisi operasional	Gross Death Rate adalah angka kematian umum untuk setiap setiap 1000 penderita keluar
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien mati seluruhnya
Denominator	Jumlah pasien keluar hidup dan mati
Sumber data	Rekam Medik
Standar	0,45%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Inap, Kepala Instalasi Rekam Medik

#### XVI. AMBULANS/KERETA JENAZAH

##### 1. Ketersediaan pelayanan ambulans/ kereta jenazah

Indikator	Ketersediaan pelayanan ambulans/ kereta jenazah
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan untuk keluarga miskin yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Ketersediaan pelayanan ambulans/kereta jenazah adalah ketersediaan fasilitas mobil ambulans/ kereta jenazah dan supir ambulans/ kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga

Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Terdapat pelayanan ambulans/kereta jenazah
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	Survey
Standar	Tersedia
Penanggung jawab	Direktur Rumah Sakit

## 2. Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah

Indikator	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah
Dimensi mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya pelayanan ambulance/kereta jenazah yang dapat diakses setiap waktu oleh pasien/keluarga pasien yang membutuhkan.
Definisi operasional	Waktu pelayanan ambulance/kereta jenazah adalah ketersediaan waktu penyediaan ambulance/kereta jenazah untuk memenuhi kebutuhan pasien/keluarga pasien
Frekuensi pengumpulan data	Setiap bulan
Periode analisis	Tiga bulan sekali
Numerator	Total waktu buka (dalam jam) pelayanan ambulance dalam satu bulan
Denominator	Jumlah hari dalam bulan tersebut
Sumber data	Instalasi gawat darurat
Standar	24 jam



Penanggung jawab	Penanggungjawab ambulance/kereta jenazah
------------------	--

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

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

## 4. Tidak terjadi kecelakaan ambulans/ kereta jenazah

Indikator	Tidak terjadi kecelakaan ambulans / kereta jenazah
Dimensi mutu	Keamanan, efisien
Tujuan	Tergambarnya kesalahan dan efisiensi pelayanan ambulans/ kereta jenazah
Definisi operasional	Tidak terjadi kecelakaan yang mengakibatkan cacat menetap atau kematian
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah layanan ambulans/kereta jenazah dikurangi jumlah kejadian kecelakaan ambulans/kereta jenazah
Denominator	Jumlah seluruh layanan ambulans / kereta jenazah
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi laboratorium

## XVIII. PEMULASARAAN JENAZAH

## 1. Pemberi pelayanan pemulasaran jenazah

Indikator	Pemberi pelayanan pemulasaran jenazah
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya pelayanan pemulasaran jenazah yang berkompoten
Definisi operasional	Pemberi pelayanan pemulasaran jenazah adalah tenaga dengan minimal pendidikan SMK atau sederajat



Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah petugayang memberikan pelayanan pemulasaran jenazah dengan pendidikan minimal SMK atau sederajat
Denominator	Jumlah seluruh tenaga yang memberi pelayanan pemulasaran jenazah
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepegawaian

## 2. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah

Indikator	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah
Dimensi mutu	Kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian rumah sakit terhadap kebutuhan pasien akan pemulasaraan jenazah.
Definisi operasional	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien dinyatakan meninggal sampai dengan jenazah mulai ditangani oleh petugas.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan

Numerator	Total kumulatif waktu pelayanan pemulasaraan jenazah pasien yang diamati dalam satu bulan
Denominator	Total pasien yang diamati dalam satu bulan
Sumber data	Hasil pengamatan
Standar	< 2 jam
Penanggung jawab	Kepala instalasi pemulasaraan jenazah

#### XIX. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

##### 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat

Indikator	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Kecepatan waktu menanggapi alat yang rusak adalah waktu yang dibutuhkan mulai laporan alat rusak diterima sampai dengan petugas melakukan pemeriksaan terhadap alat yang rusak untuk tindak lanjut perbaikan, maksimal dalam waktu 15 menit harus sudah ditanggapi.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah laporan kerusakan alat yang ditanggapi kurang atau sama dengan 15 menit dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah seluruh laporan kerusakan alat dalam satu bulan
Sumber data	Catatan laporan kerusakan alat
Standar	> 80 %



Penanggung jawab	Kepala IPRS
------------------	-------------

## 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat

Indikator	Ketepatan waktu pemeliharaan alat
Dimensi mutu	Efektivitas, efisiensi, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kecepatan dan ketanggapan dalam pemeliharaan alat
Definisi operasional	Waktu pemeliharaan alat adalah waktu yang menunjukkan periode pemeliharaan/service untuk tiap-tiap alat sesuai ketentuan yang berlaku.
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	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	Kepala IPRS

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

Indikator	Peralatan Laboratorium (dan alat ukur yang lain) yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi.
Dimensi mutu	Keselamatan dan efektivitas
Tujuan	Tergambarnya akurasi pelayanan laboratorium

Definisi operasional	Kalibrasi adalah pengujian kembali terhadap kelayakan peralatan laboratorium oleh Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK)
Frekuensi pengumpulan data	1 tahun
Periode analisis	1 tahun
Numerator	Jumlah seluruh alat laboratorium yang dikalibrasi tepat waktu dalam satu tahun
Denominator	Jumlah alat laboratorium yang perlu dikalibrasi dalam 1 tahun
Sumber data	Buku register
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laboratorium

## XX. PELAYANAN LAUNDRY

### 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang

Indikator	Tidak adanya kejadian linen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah linen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah linen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut



Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

## 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap

Indikator	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan laundry
Definisi operasional	Ketepatan waktu penyediaan linen adalah ketepatan penyediaan linen sesuai dengan ketentuan waktu yang ditetapkan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah hari dalam satu bulan dengan penyediaan linen tepat waktu
Denominator	Jumlah hari dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Laundry

## XX. PELAYANAN CSSD

### 1. Waktu tunggu hasil pelayanan sterilisasi steam

Indikator	Waktu tunggu hasil pelayanan sterilisasi steam
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas

Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan CSSD
Definisi operasional	Lama waktu yang dibutuhkan sejak instrument suplai atau peralatan kotor diterima di CSSD sampai produk steril keluar dari mesin autoclave dan siap untuk didistribusikan
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah permintaan sterilisasi steam yang dapat diselesaikan dalam waktu $\leq 180$ menit sejak instrument suplai atau peralatan kotor diterima di CSSD sampai produk steril keluar dari mesin autoclave dan siap untuk didistribusikan
Denominator	Jumlah permintaan sterilisasi steam dalam satu bulan
Sumber data	Survey
Standar	$\leq 180$ menit
Penanggung jawab	Kepala Instalasi CSSD

2. Kepatuhan staf CSSD dalam penggunaan APD di area dekontaminasi

Indikator	Kepatuhan staf CSSD dalam penggunaan APD di area dekontaminasi
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya kepatuhan staf dalam penggunaan APD
Definisi operasional	Kepatuhan staf CSSD dalam penggunaan APD di area dekontaminasi sesuai peraturan PPI



Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Staf yang patuh dalam penggunaan APD
Denominator	Jumlah petugas CSSD
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi CSSD

1. Tidak adanya kejadian instrumen yang hilang

Indikator	Tidak adanya kejadian instrumen yang hilang
Dimensi mutu	Efisiensi dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pengendalian dan mutu pelayanan CSSD
Definisi operasional	Tidak ada
Frekuensi pengumpulan data	1 bulan
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instrumen yang dihitung dalam 4 hari sampling dalam satu tahun
Denominator	Jumlah instrumen yang seharusnya ada pada hari sampling tersebut
Sumber data	Survey
Standar	100%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi CSSD

## XXI. PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI

## 1. Tim PPI

Indikator	Tersedianya anggota Tim PPI yang terlatih
Dimensi mutu	Kompetensi teknis
Tujuan	Tersedianya anggota Tim PPI yang kompeten untuk melaksanakan tugas-tugas Tim PPI
Definisi operasional	Adalah anggota Tim PPI yang telah mengikuti pendidikan dan pelatihan dasar
Frekuensi pengumpulan data	Tiap 3 bulan
Periode analisis	Tiap 1 bulan
Numerator	Jumlah anggota tim PPI yang sudah terlatih
Denominator	Jumlah anggota Tim PPI
Sumber data	Kepegawaian
Standar	75%
Penanggung jawab	Ketua Komite PPI

## 2. Koordinasi APD

Indikator	Tersedianya APD (Alat Pelindung Diri)
Dimensi mutu	Mutu pelayanan, keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya APD di setiap instalasi RS
Definisi operasional	Alat terstandar yang berguna untuk melindungi tubuh, tenaga kesehatan, pasien atau pengunjung dari penularan penyakit di RS seperti masker, sarung tangan karet, penutup kepala, sepatu boots dan gaun



Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang menyediakan APD
Denominator	Jumlah instalasi di rumah sakit
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI

### 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit

Indikator	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial di rumah sakit
Dimensi mutu	Keamanan pasien, petugas dan pengunjung
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan infeksi di RS
Definisi operasional	Kegiatan pengamatan faktor resiko infeksi nosokomial, pengumpulan data (cek list) pada instalasi yang tersedia di RS, minimal 1 parameter (ILO, ILI, VAP, ISK)
Frekuensi pengumpulan data	Setiap hari
Periode analisis	1 bulan
Numerator	Jumlah instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan
Denominator	Jumlah instalasi yang tersedia
Sumber data	Survey
Standar	75%
Penanggung jawab	Tim PPI RS

## Keterangan :

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



MASUKAN TENTANG PENATALAKSANAAN TUBERCULOSIS  
(TB) DI RS

No.	Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
1.	Rawat jalan	Penegakan diagnosis TB a. melalui pemeriksaan mikroskopis TB Terlaksananya kegiatan	60%
		b. pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	60%
2.	Rawat Inap	Penegakan diagnosis TB c. melalui pemeriksaan mikroskopis TB Terlaksananya kegiatan	60%
		d. pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	60%

1. Ketersediaan tim TB-DOTS

Indikator	Ketersediaan tim TB-DOTS
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Kesiapan RS dalam memberikan pelayanan TB-DOTS
Definisi Operasional	Tim TB-DOTS adalah tim yang dibentuk di rumah sakit dengan tujuan untuk menyusun regulasi pelayanan TB-DOTS di RS

Frekuensi Pengumpulan Data	Setiap bulan
Periode Analisa	Tiga bulan sekali
Numerator	Jumlah Tim TB-DOTS yang ada di RS
Denominator	Tidak ada
Sumber Data	-
Standar	satu tim
Penanggung jawab Pengumpulan data	Direktur

#### A. RAWAT JALAN

##### 1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Indikator	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti TB melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat jalan
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB di RS dalam 3 bulan



Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB di RS dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

## 2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS

Indikator	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS
Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat jalan ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat jalan yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat jalan di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

## B. RAWAT INAP

## 1. Kegiatan penegakan diagnosis Tuberculosis (TB)

Indikator	Penegakan kegiatan TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Dimensi mutu	Efektivitas dan keselamatan
Tujuan	Terlaksananya diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB
Definisi operasional	Penegakan diagnosis pasti T melalui pemeriksaan mikroskopis pada pasien rawat inap.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB dalam 3 minggu
Denominator	Jumlah penegakan diagnosis TB dalam 3 bulan
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat inap

## 2. Kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS

Indikator	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan Tuberculosis (TB) di RS
Dimensi mutu	Efektivitas
Tujuan	Tersedianya data pencatatan dan pelaporan TB di RS



Definisi operasional	Pencatatan dan pelaporan semua pasien TB yang berobat rawat inap ke RS.
Frekuensi pengumpulan data	3 bulan
Periode analisis	3 bulan
Numerator	Jumlah seluruh pasien TB rawat inap yang dicatat dan dilaporkan
Denominator	Seluruh kasus TB rawat inap di RS
Sumber data	Rekam medik
Standar	60%
Penanggung jawab	Kepala Instalasi Rawat Jalan

BUPATI BLITAR

ttd

RINI SYARIFAH

SALINAN sesuai dengan aslinya,  
KEPALA BAGIAN HUKUM

BENNY SETYOHADI, SH., MH.

Pembina Tk. I

NIP. 19680830 198903 1 006